

DE LA CURE RADICALE
DES HERNIES

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
Présentée et soutenue publiquement le Lundi 23 Juin 1890

PAR

Maurice-Prosper-Léon LE BRUN

Né le 2 Septembre 1865, à Sarreguemines (Moselle)

Examineurs : { MM. WEISS, *Président.*
HEYDENREICH, professeur.
Emile PARISOT, professeur-adjoint.
ROHMER, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.

NANCY

E. DESTÉ, ÉDITEUR, 10, RUE DE THIONVILLE

1890

ERRATA

Page 40, ligne 15, au lieu de : *Observations...*, lire :
Observations II et LII.

Page 55, ligne 12, au lieu de : *Observation XIII*, lire :
Observation XXIII.

Page 77^e ligne 21, au lieu de : *insensibilité*, lire : incoer-
cibilité.

DE LA CURE RADICALE
DES HERNIES

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
Présentée et soutenue publiquement le Lundi 23 Juin 1890

PAR

Maurice-Prosper-Léon LE BRUN

Né le 2 Septembre 1865, à Sarreguemines (Moselle)

Examineurs : { MM. WEISS, *Président.*
HEYDENREICH, professeur.
Emile PARISOT, professeur-adjoint.
ROHMER, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.

NANCY

E. DESTÉ, ÉDITEUR, 10, RUE DE THIONVILLE

1890

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH, A O.

Doyens honoraires : MM. STOLTZ C *, I O, TOURDES O *, I O.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C *, I O, TOURDES O *, I O, COZE *, I O

V. PARISOT *, I O, HERRGOTT *, I O, ROUSSEL *, I O, DEMANGE *, I O, BÉCHET, I O

Pathologie générale et Pathologie interne.	M. HECHT *, I O, professeur.
Physiologie.....	M. BEAUNIS *, I O, professeur.
Anatomie et Physiologie pathologiques..	M. FELTZ *, I O, professeur.
Clinique médicale.....	M. BERNHEIM, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, I O, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I O, professeur.
Hygiène.....	M. POINCARÉ *, I O, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, A O, professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, A O, professeur.
Chimie médicale et Toxicologie.....	M. GARNIER, A O, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I O, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements...	{ M. A. HERRGOTT, A O, professeur.
	{ M. E. PARISOT, A O, professeur adjoint.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, A O, professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. MACÉ, A O, professeur.
Histologie.....	M. BARABAN, A O, agrégé, chargé du cours.
Anatomie descriptive.....	M. NICOLAS, agrégé, chargé du cours.
Matière médicale et Thérapeutique.....	M. SCHMITT A O, agrégé, ch. du cours.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies mentales.....	M. LANGLOIS, A O, chargé du cours.
Clinique des maladies des yeux.....	M. ROHMER, A O, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. SCHMITT, A O, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants.....	M. SIMON, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies des vieillards.....	M. P. PARISOT, agrégé, chargé du cours.
Accouchements.....	M. REMY, agrégé, chargé du cours.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. SCHMITT, A O.	MM. RENÉ, A O.	MM. SIMON.
ROHMER, A O.	NICOLAS.	REMY.
BARABAN, A O.	VAUTRIN.	P. PARISOT.
GUÉRIN.		

AGRÉGÉ LIBRE : M. SCHLAGDENHAUFFEN, I O.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS *, A O, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MES PARENTS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR WEISS

A MES MAÎTRES
MESSIEURS LES PROFESSEURS HEYDENREICH ET E. PARISOT
ET MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROHMER

A MONSIEUR LE DOCTEUR PARIS
MÉDECIN EN CHEF A L'ASILE DE MARÉVILLE
HOMMAGE RESPECTUEUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR REGNIER
MÉDECIN CHEF DE L'HÔPITAL MILITAIRE DE NANCY
HOMMAGE DE NOTRE PROFONDE RECONNAISSANCE

A MONSIEUR LE DOCTEUR RENAUD
MÉDECIN AIDE-MAJOR DE 1^{re} CLASSE A L'HÔPITAL MILITAIRE DE NANCY
TÉMOIGNAGE DE SINCÈRE GRATITUDE

A TOUS MES PROFESSEURS DE LA FACULTÉ

INTRODUCTION

La cure radicale des hernies, telle qu'on la comprend aujourd'hui, est une opération relativement récente. Comme tant d'autres, elle est née des progrès immenses accomplis par la chirurgie dans ces derniers temps. Il y a peu de temps encore cette opération était considérée comme dangereuse par la plupart des chirurgiens. Ces dangers ont disparu aujourd'hui, grâce à la rigueur de l'antisepsie et aux progrès des procédés opératoires. Bien que des auteurs plus autorisés que nous, nous aient précédé dans l'étude de la cure radicale des hernies, et peut-être même pour ce motif, nous nous sommes laissé séduire par l'intérêt de cette question toute d'actualité, et, sur les conseils de notre maître, M. le professeur agrégé Rohmer, nous en avons fait le sujet de notre thèse.

Nous n'avons pas toutefois l'intention d'étudier ici le traitement radical de toutes les hernies, mais bien de nous limiter aux cas les plus fréquents dans la pratique, c'est-à-dire au cas de *hernie intestinale* à travers les orifices naturels de la paroi abdominale : le canal inguinal, l'anneau crural et l'ombilic. Et, d'ailleurs, les principes que nous admettons pourraient aussi servir de base à la cure radicale de toute autre espèce

de hernie, à condition, bien entendu, d'apporter aux cas particuliers les modifications opératoires indispensables.

Nous nous proposons de passer en revue les différents procédés employés pour arriver à la guérison radicale des hernies ; et cela dans le but de rechercher celui de ces procédés qui réponde le mieux aux indications dans l'état actuel de la science.

Nous tenons, dès maintenant, à établir que nous ne sommes pas du nombre des opérateurs qui interviennent de parti pris dans toutes les espèces de hernies. Nous serons toujours aussi respectueux des contre-indications que des indications.

Enfin, nous terminerons par l'étude des résultats opératoires éloignés ; et notre travail se trouvera naturellement divisé de la façon suivante :

Introduction.

Chapitre I. — Données anatomiques et pathogéniques.

— II. — Étude critique des procédés opératoires modernes.

— III. — Étude clinique.

— IV. — Indications et contre-indications.

— V. — Des résultats éloignés.

Conclusions.

Index bibliographique.

Table des matières.

Avant d'aborder cette étude, qu'il nous soit permis d'exprimer à M. le professeur Weiss nos remerciements

pour l'honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre thèse.

Que M. le professeur Heydenreich veuille bien accepter l'expression de notre profonde reconnaissance pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner durant les deux semestres que nous avons passés dans son service.

Nous prions M. le professeur agrégé Rohmer d'accepter l'hommage de notre sincère gratitude.

D'autres encore savent quels droits ils se sont acquis à notre reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

DONNÉES ANATOMIQUES ET PATHOGÉNIQUES

On désigne sous le nom de trajet herniaire le chemin parcouru par les viscères dans l'épaisseur des parois abdominales pour venir faire saillie au dehors. Ce trajet peut présenter, comme le canal inguinal, deux orifices séparés par un conduit intermédiaire. « Mais il n'est pas toujours possible de retrouver sur chaque trajet herniaire tous ces éléments nettement distincts : dans un certain nombre de cas, ils semblent pour ainsi dire fusionnés, et le trajet tout entier se réduit pour ainsi dire à un orifice unique, à un simple anneau de passage. Cette disposition se rencontre, d'après le professeur Gosselin, dans les circonstances suivantes :

1° Lorsque la hernie s'échappe à travers un point faible de la paroi où il ne se trouve pas de canal, comme l'ombilic chez la plupart des sujets (1) ; 2° Lorsqu'elle s'échappe à travers un canal si court que les deux orifices se confondent en un seul par suite de l'effacement du moins résistant des deux ou du rapprochement que les efforts ont déterminé entre eux ; 3° Lorsque ces

(1) Nous croyons au contraire qu'avant l'effacement dû à l'action de la hernie, il existe un véritable trajet ombilical. Ce cas pourrait donc se confondre avec le suivant.

deux orifices se sont avec le temps progressivement rapprochés et confondus sous cette même influence des efforts successifs signalés tout à l'heure. Les grosses et anciennes hernies inguinales obliques réalisent, par suite des altérations de leur trajet primitif, cette dernière circonstance » (1).

A l'état normal, l'orifice externe du *canal inguinal*, très allongé, est constitué par l'écartement des fibres aponévrotiques du grand oblique qui forment les piliers ou faisceaux fibreux supérieur, interne et postérieur. L'orifice interne et le trajet, où l'on rencontre les fibres les plus inférieures des muscles petit oblique et transverse, et le fascia transversalis, sont constitués en grande partie par du tissu cellulaire et musculaire. Mais tandis qu'à la longue le canal se réduit à l'état de simple anneau, des transformations profondes s'opèrent dans sa constitution histologique : le tissu cellulaire perd ses caractères primitifs et se transforme peu à peu en tissu fibreux. Le canal souple du début est remplacé par un anneau fibreux rigide.

L'*anneau crural* est en partie fibreux. Limité en haut par l'arcade crurale, en dedans par le ligament de Gimbernat, il ne présente de tissu cellulaire qu'à sa partie externe au niveau de la gaine vasculaire. Encore ces dernières parties ainsi que celles immédiatement sous-jacentes à l'anneau subissent-elles aussi peu à peu la transformation fibreuse ; et c'est là, dit Gosselin qui

(1) A. Boursier. — Dict. encycl. des sciences méd. ; article Hernies.

insiste sur ce point, le secret non dévoilé jusqu'à présent de l'anneau fibreux de la hernie crurale qui a tant embarrassé les anatomistes.

Quant au *trajet ombilical*, il est arrondi, constitué par de gros rubans fibreux qui se continuent avec les aponévroses abdominales. A l'intérieur on rencontre des faisceaux fibreux semi-circulaires, vestiges de fibres élastiques analogues à celles qui constituent la tunique moyenne des artères.

En résumé, *les trajets herniaires naturels de la paroi abdominale sont constitués par une substance fibreuse*, sauf en ce qui concerne le trajet inguinal au début, dans ses parties profondes et sous-jacentes aux piliers.

Ce point établi, quel est le mécanisme de la production des hernies ?

D'une façon générale, pour qu'une hernie se produise, il faut qu'une force quelconque vienne exagérer la pression des viscères contre les parois de la cavité à l'intérieur de laquelle ils sont contenus, ou bien que la résistance normale de ces parois soit suffisamment affaiblie en certains points pour livrer passage aux viscères. Le plus souvent dans les hernies acquises, les viscères traversent la paroi abdominale au niveau des orifices vasculaires normaux. Les raisons en sont les suivantes : d'abord le peu de résistance que présentent ces points, formés seulement par une lame péritonéale et cellulaire ; puis ce fait établi par Garengéot en 1731, et admis aujourd'hui par la plupart des auteurs, que c'est précisément au niveau des orifices naturels capables de livrer passage aux intestins que se concentre la

poussée des viscères ; enfin une dernière cause sur laquelle nous croyons devoir insister, c'est la disposition anatomiquement normale en *fossette*, ou cupule déprimée des membranes qui oblitérent ces orifices.

Il est certain que cette disposition constante doit favoriser singulièrement la formation des hernies. Il est même probable que les variétés de hernies inguinales dites moyennes et internes seraient à peu près inconnues, si la fossette inguinale externe, qui recouvre l'orifice inguinal profond, existait seule à l'exclusion des fossettes moyennes internes. Cette même conformation qui existe à son maximum dans le cas de persistance du canal vagino-péritonéal, constituant ainsi un véritable sac préexistant, se retrouve encore, à un degré beaucoup moindre, il est vrai, au niveau de l'ombilic. Là, en effet, il existe un vrai trajet en entonnoir ; si petite que soit la fossette qui en résulte, elle est suffisante pour permettre l'introduction d'une frange épiploïque qui, agissant à la façon d'un coin, finira par ouvrir la voie à l'intestin.

Enfin l'anneau crural lui-même n'est fermé que d'un simple feuillet aponévrotique, le septum crural, qui se trouve en quelque sorte attiré par les vaisseaux fémoraux à la gaine desquels il fournit quelques fibres ; et c'est ainsi que se trouve constituée la fossette crurale.

Etant donnée l'existence constante de ces fossettes à l'état normal, si l'on songe qu'elles coïncident précisément avec les points faibles de la paroi abdominale, on comprend facilement pourquoi elles sont devenues des lieux d'élection pour la production des hernies : sous

L'influence de l'effort qui augmente la tension intra-abdominale, les viscères réagissent contre la paroi. Partout où la paroi lisse et glissante leur offre une résistance suffisante, leur action s'épuise sans résultat ; mais dès qu'ils rencontrent la plus petite fossette, ils s'y engagent, et tendent à en augmenter la dépression ; pour peu que l'action soit intense et que les tissus sous-jacents viennent à manquer de force, la hernie se produit brusquement, à moins qu'elle ne soit le résultat d'efforts successifs fréquemment répétés. Parfois, au niveau de l'ombilic par exemple, la fossette sera trop petite pour admettre d'emblée l'intestin ; mais alors c'est une frange épiploïque qui s'y insinue d'abord, augmentant peu à peu les dimensions de la cupule ; puis, sous le coup d'efforts répétés, de nouvelles franges s'ajoutent à la première, et un beau jour l'intestin lui-même finit par s'engager dans cette voie.

En résumé, nous voyons que *la fossette péritonéale, mal soutenue par le plan abdominal sous-jacent sert d'amorce* à l'issue des viscères ; et la hernie qui peut en résulter sera d'autant plus fréquente et d'autant plus complète que la fossette sera plus accentuée et la résistance sous-jacente plus faible.

Nous verrons tout à l'heure quelles indications précieuses on doit tirer de cette étude pour rechercher une opération de cure vraiment radicale, c'est-à-dire capable, par les modifications locales qu'elle apporte dans les tissus, de s'opposer à jamais à toute chance de récurrence.

CHAPITRE II

ÉTUDE CRITIQUE DES PROCÉDÉS OPÉRATOIRES MODERNES

Des données anatomiques et pathogéniques qui précèdent, il résulte que l'opération de la cure radicale, pour être effective, doit répondre à deux grandes indications : supprimer toute fossette péritonéale ; obtenir l'occlusion complète du trajet herniaire. Sans ces deux conditions, on s'expose à des récidives. Nous verrons dans un instant dans quelles proportions les différents chirurgiens ont répondu à ces indications.

Lorsqu'on aborde l'étude des hernies, on est frappé de la grande diversité d'aspect que peuvent présenter les hernies d'un même groupe classique. Une même hernie peut en effet être volumineuse ou minime, réductible ou irréductible, coercible ou incoercible, libre ou adhérente ; elle peut se rencontrer chez des sujets très jeunes, adultes ou vieillards, chez des sujets vigoureux ou débilités. Aussi est-ce avec un étonnement légitime qu'on se demande comment il se fait que la plupart des auteurs aient cherché à créer un procédé opératoire unique, applicable à tous ces cas parfois si dissemblables. Quelle valeur attribuer à une statistique établie dans ces conditions ?

Laissant de côté les anciens procédés de cure radicale, dont on trouve la description dans la thèse de

Segond (1), nous ne nous occuperons que des procédés modernes. Ceux-ci se divisent d'une façon générale en trois classes : l'occlusion du sac herniaire ; l'occlusion de l'anneau ; enfin la combinaison de ces deux procédés.

Certains chirurgiens limitent leur intervention aux parties superficielles, craignant d'engager le bistouri dans les régions dangereuses de la profondeur ; d'autres plus hardis portent leur action de plus en plus loin, jusqu'à constituer l'opération complète que nous préconisons aujourd'hui, en nous appuyant sur la pratique établie par Lucas-Championnière.

Aussi envisageant la question sous cet autre point de vue, peut-on encore classer les différents procédés de la façon suivante :

Opérations superficielles et opérations profondes.

C'est cette dernière classification que nous adopterons dans cette étude, en y apportant toutes les subdivisions nécessaires ; nous pourrons ainsi nous rendre un compte exact des progrès accomplis entre chaque procédé, tout en reconnaissant d'ailleurs que ces progrès ne suivent pas l'ordre chronologique. Nous pourrions même remarquer que bon nombre de chirurgiens ont pratiqué des opérations qui rentrent tantôt dans l'un, tantôt dans l'autre de ces groupes.

I. — Opérations superficielles

a) — *Opérateurs s'attaquant au sac herniaire seul : Schede de Berlin (2) après avoir ouvert le sac, réduit*

(1) Segond. — Cure radicale des hernies. — Thèse d'agrégation, 1883.

(2) Schede ; Cent. für chir., 1877.

son contenu, draine le collet sans le lier, puis termine en faisant une suture des lèvres de la plaie du sac aux lèvres de l'incision cutanée.

Julliard de Genève (1) ouvre le sac, réduit l'intestin, pratique la suture des bords de l'incision du sac, puis traverse ses parois opposées dans le but de les accoler l'une à l'autre, par une série de points de suture en capiton.

Riesel en Allemagne (2), dans ses premières observations, faisait à peu près de même; après avoir disséqué le sac, il le refoulait dans l'anneau et l'y maintenait en place.

Comme on le voit, ces opérateurs se contentent d'obturer le sac au niveau de l'orifice externe du trajet herniaire. Leur méthode incomplète laisse persister toute la portion du collet qui se trouve dans le trajet, et il reste ainsi une amorce considérable qui pourra un jour servir de point de départ à une hernie nouvelle.

b) — *Opérateur s'attaquant à l'anneau seul :*

Steele de Bristol (3), le sac étant mis à nu, la hernie réduite, avive les piliers et les réunit par deux points de suture au catgut.

Le procédé est ici encore plus rudimentaire, et par tant insuffisant.

c) — *Opérateur s'attaquant au sac et à l'anneau :*

Reverdin (4) combine avec la résection du sac la suture

(1) Julliard; Thèse de Segond, cure rad. des hernies, 1883.

(2) Riesel; Deutsch med. Woch., 1877.

(3) Steele; Thèse de Segond, loc. cit.

(4) Revue méd. de la Suisse Romande, 1881.

des piliers. Pour favoriser le rapprochement de ces derniers, et éviter leur section par les fils placés dans leur épaisseur, il fait parallèlement au pilier interne du canal inguinal et au-dessus de lui plusieurs petites incisions libératrices comprenant seulement l'épaisseur de l'aponévrose du grand oblique.

Mêmes observations que pour les procédés ci-dessus.

II. — Opérations profondes.

d) — *Opérateurs s'attaquant à la fois au sac et à l'anneau, et au trajet.* — Devant l'insuffisance des méthodes précédentes, divers chirurgiens reconnurent la nécessité d'aller plus loin et de sectionner ou de refouler plus profondément le collet du sac herniaire.

C'est ainsi que nous voyons Czerny (1) s'efforcer d'obtenir l'occlusion du sac au-dessus des bords de l'anneau. Dans ce but, après avoir largement ouvert le sac, il fait saisir avec des pinces les lèvres de l'incision, et les fait attirer au dehors pour voir le plus haut possible dans l'intérieur du collet. Alors, par une sorte de suture en faufil, dont chaque point attaque le collet par sa face interne, il amène les surfaces séreuses en contact afin d'obtenir leur accolement. Il abandonne ensuite le sac dans la plaie ou l'extirpe, et termine par la suture des piliers.

Nussbaum, en Allemagne, lui aussi (Riesel fit de même dans ses dernières opérations), après avoir dissé-

(1) Czerny; centr. für chir., 1883.

qué le sac, cherche à lier son collet le plus haut possible (1). Pour y arriver, il fend la paroi antérieure du canal inguinal, isole le collet et le lie au niveau de l'extrémité postérieure de l'incision pratiquée, puis il extirpe le sac ou l'abandonne dans la plaie.

Socin (2) de Bâle isole le sac au moyen du doigt, d'une sonde, ou à l'aide de ciseaux, pour la hernie crurale jusque dans l'anneau, et pour la hernie inguinale jusque dans le canal aussi loin qu'il le peut; puis le sac est tiré fortement hors de son anneau, traversé le plus haut possible avec un fil double qu'il lie des deux côtés. Il le sectionne ensuite, rentre le pédicule, et pratique la suture des piliers dans un grand nombre de cas.

Ball (3) se propose également de faire l'occlusion du sac le plus profondément possible, et opère de la manière suivante: le sac étant entièrement disséqué, le contenu réduit, et le collet bien isolé, on en fait la torsion jusqu'au moment où il y aurait lieu de craindre une rupture. A l'effet de maintenir cette torsion, Ball place deux fils de soie qui traversent le pédicule et de chaque côté les piliers et la peau.

Banks (4), après avoir lié le collet le plus haut possible et réduit le moignon dans l'abdomen, procède à l'occlusion d'une partie du canal inguinal. « Il passe à des hauteurs différentes deux ou trois fils d'argent destinés à rapprocher l'une de l'autre les parois anté-

(1) Delagenière, Gazette des Hôpitaux, 1888, p. 100.

(2) Socin, in Rev. med. de la Suisse Romande, 1881, et Johannes Anderegg, Th. de Bâle, 1886, p. 4.

(3) Ball. British. med. journ. 1887.

(4) Banks. British. med. journ. 1887.

rieures et postérieures du canal. Le premier fil est situé au niveau des piliers qu'il traverse ; les deux autres sont placés au-dessus. Ces fils d'argent sont abandonnés dans les tissus dans l'espoir de servir d'obstacle permanent au relâchement des piliers, et par suite à la formation d'une nouvelle hernie (1). »

En s'efforçant de poursuivre plus loin la dissection du sac, ces différents auteurs ont certainement accompli déjà un grand progrès ; ils ont diminué l'amorce et par conséquent les chances de récidives : malheureusement l'opération ainsi conçue est encore incomplète. Aussi voyons-nous Macewen, un chirurgien anglais, faire faire un nouveau pas à la question : voici comment procède *Macewen* (2).

Le sac étant disséqué et parfaitement isolé au niveau du collet, « avec le doigt on détache le péritoine tout autour de l'orifice interne du canal inguinal dans une étendue d'un demi-pouce ; puis on reconnaît la situation exacte de l'artère épigastrique, pour être sûr de l'éviter dans le cours de l'opération. Il existe donc à ce moment tout autour de l'anneau, entre le péritoine et la paroi abdominale, un espace dans lequel on se propose de loger ultérieurement le sac. Ceci fait, on passe à faufil à travers les deux parois du sac accolées, en allant du fond vers le collet, un fil destiné à amener le pelotonnement du sac sur lui-même (3). » Ce fil est conduit au fond de l'anneau, puis ramené dans la plaie

(1) Delagenière. In loc. cit.

(2) Macewen. British. med. journ. 1887.

(3) Delagenière. In loc. cit.

à travers la paroi abdominale. A ce moment, on tire sur lui, le sac se pelotonne; on le refoule ainsi pelotonné dans le canal au fond duquel il va se loger dans l'espèce de sinus qu'on lui a préparé. Pour le fixer dans cette situation, on passe le bout du fil à travers les bords de l'anneau, puis à travers le sac, et ainsi de suite plusieurs fois. Enfin, on termine en pratiquant la suture des piliers.

Tel est jusqu'ici le premier opérateur qui réponde parfaitement à l'une des indications indispensables de la cure radicale: la suppression de l'amorce péritonéale. La pratique de Macéwen, qui a pour résultat non seulement de supprimer tout cul-de-sac, mais même de substituer une saillie à la dépression, serait donc excellente si l'on pouvait de plus obtenir par elle l'occlusion du trajet. Elle est encore passible d'une objection grave: la grande difficulté d'exécution du procédé.

e) — *Méthode de M. Lucas-Championnière.* — Aussi devons-nous arriver à la méthode de M. Lucas-Championnière pour trouver un procédé complet et efficace.

Tout d'abord M. Lucas-Championnière insiste sur ce point, nous y reviendrons plus loin avec détails, c'est que l'opération que nous allons décrire, ensemble complexe raisonné, travail de réparation à parties multiples, ne s'adresse pas à tous les cas. Non seulement nous rencontrons des types très différents de hernie, mais la variété des hernies est infinie, et avec ces variétés, si l'on veut réussir, il faut changer à chaque

instant toute l'économie de l'opération. (Lucas-Championnière) (1)

Néanmoins, il est des conditions communes à toute opération. « Une formule simple exprimera les nécessités auxquelles il faut obéir :

1^o Modifier les conditions du canal herniaire de telle façon que la prédisposition première à la hernie (la tendance au glissement interstitiel) disparaisse ;

2^o Trouver le soutien, le point d'appui qui viendra au siège de la hernie détruite, supporter l'effort des viscères, boucher la paroi (2) . »

La disposition du péritoine en *infundibulum* constitue, nous l'avons vu, la prédisposition première à la hernie. M. Lucas-Championnière se propose tout d'abord de détruire cette disposition fâcheuse et voici comment il résout le problème.

Le sac étant reconnu est ouvert et son contenu examiné. S'il se trouve de l'épiploon, on en resèque tout ce qu'il sera possible d'enlever, après avoir placé une série de ligatures de soie ou de catgut sur le pédicule qu'on rentre ensuite, ainsi que l'intestin, dans l'abdomen. En effet, nous avons étudié quel rôle capital pouvait jouer l'épiploon dans le mécanisme de la formation des hernies. « En aucun cas, il ne faudra suivre la pratique de quelques chirurgiens qui fixent dans l'anneau le pédicule épiploïque, dans le but illu-

(1) Consulter pour plus de détails l'intéressant ouvrage de M. Luc. Champ., De la cure radicale des hernies, 1887, dont nous ne pouvons ici que résumer quelques idées principales.

2) Luc. Champ., Loc. cit.

soire d'en obtenir l'occlusion. En agissant ainsi on ne fait que transformer la hernie en une petite épiplocèle adhérente qui ne tardera pas à évoluer, car l'amorce existe du côté du ventre et l'épiploon est déjà engagé. » (Delagenière)

Puis on procédera à la ligature et à l'extirpation du sac. C'est là un des temps les plus importants de l'opération, et M. Luc. Champ. y insiste avec raison. « Il ne s'agit pas seulement, écrit-il, d'extirper le sac plus ou moins complètement. Il faudrait, pour approcher le plus de la perfection, extirper la totalité de la séreuse constituant le sac, le collet, et au-dessous de celui-ci un peu de péritoine abdominal au voisinage de la hernie. La suture qui comprend le péritoine et les parties sous-jacentes, donnerait alors une réunion sans infundibulum, par conséquent des conditions peu favorables au développement ultérieur de la hernie. » Pour réaliser cet idéal opératoire, il s'agit d'attirer hors de l'anneau, par traction, la plus grande longueur possible de séreuse péritonéale avant d'y jeter une ligature. On commence donc par faire la dissection du sac puis de son collet, qu'il faut poursuivre jusqu'à l'orifice interne du trajet. Mais, point capital, pour accomplir le plus complètement ce temps de l'opération, on devra exécuter une dissection très fine, car il faut isoler le *sac séreux et rien que le sac séreux*. En effet, si l'on n'y prend garde, une dissection grossière donnera un sac composé de plusieurs membranes : tout autour de la séreuse, on aura laissé des lamelles de tissu celluleux périphérique plus ou moins épaisses, lamelles se continuant par

leur extrémité supérieure jusque dans les parties profondes du conduit herniaire, au pourtour duquel elles viennent se fixer. On conçoit bien que si l'on ne prend pas le soin d'isoler entièrement le sac séreux de ces brides celluleuses, elles viendront mettre obstacle à la traction que l'on se propose d'exécuter sur lui, et servir de cran d'arrêt. Si la séreuse est au contraire bien isolée, si les tractions portent uniquement sur elle, le péritoine peu adhérent glissera facilement sur les anneaux, et dès lors il deviendra facile d'en attirer une partie assez longue au dehors. C'est seulement à ce moment que le nouveau collet ainsi formé sera saisi avec une pince, puis lié et sectionné. « On peut voir alors ces parties que l'on avait entraînées en bas, entraînées maintenant en haut par l'élasticité des tissus. La ligature que l'on vient de faire, rentre naturellement, spontanément dans le ventre pour aller se placer au-dessus de l'anneau. » (Luc. Champ.)

Voici donc la première donnée du problème résolue ; *il n'y a plus de dépression de la surface péritonéale au niveau du trajet et partant plus d'amorce.* La résection de l'épiploon écarte encore l'une des causes les plus fréquentes de récédive.

C'est maintenant le moment d'obéir à la deuxième nécessité, et de chercher le point d'appui qui viendra désormais supporter l'effort des viscères et boucher la paroi. Or le décollement de la séreuse tel que nous l'avons pratiqué, c'est-à-dire jusque dans l'intérieur de la cavité de l'abdomen, nous laisse en présence d'une surface cruentée considérable ; et, point digne de remar-

que, les parties fibreuses de l'anneau incapables de contracter des adhérences entre elles, se trouvent ici revêtues de ces couches conjonctives formées aux dépens des aponévroses abdominales entraînées par le péritoine dans sa descente, et que nous avons eu soin de laisser en place pendant la dissection minutieuse du sac. La présence de ce revêtement celluleux interposé entre les piliers va leur permettre de se réunir. De plus toutes ces parois sanglantes, postérieures à l'anneau, entre lesquelles s'insinuait le sac, vont également pouvoir se fusionner entre elles sur toute la longueur du trajet; de sorte qu'en fin de compte, anneau, pilier, trajet, vont se trouver par la suite noyés dans une puissante cicatrice.

Mais cette réunion, pour être obtenue, demande que les surfaces soient, pendant le travail de cicatrisation, très exactement réunies. Pour favoriser et maintenir ce contact, nous avons deux moyens à notre disposition, la suture et la compression. La suture doit être faite, comme le veut M. Luc. Champ., « entre les parties molles quelconques au point où le collet avait existé ». La compression est faite par le pansement, et nous y reviendrons à son sujet.

Ainsi se trouve réalisée la seconde indication : le trajet herniaire est totalement obturé, au début par les sutures profondes et par la compression, plus tard par une cicatrice longue et résistante.

Une observation fera mieux saisir que toute description les détails opératoires.

Observation I. — Hernie inguinale épiploïque droite, irréductible et douloureuse. — Lucas Championnière. *De la cure rad. des hernies*, p. 113.

Joseph Belson, dix-huit ans, émailleur, entré le 23 décembre 1885, salle Nélaton, n° 17, pour une hernie scrotale, douloureuse et irréductible.

La hernie a paru depuis un an à la suite d'un effort. A cette époque Belson ressentit des douleurs pendant trois semaines ; puis il lui sembla que la tumeur disparaissait. Cette première poussée ne donna lieu à aucun autre accident.

Le 19 décembre 1885, à la suite d'un effort, nouvelle réapparition de la hernie ; douleurs mais, aucun accident d'obstruction. Le malade entre à l'hôpital le 23. Il est porteur d'une tumeur grosse comme un œuf, située au niveau de l'orifice inguinal externe à droite.

Tumeur allongée, mate, tendue, douloureuse, irréductible, sans propulsion pendant la toux. Le testicule est situé au-dessous de la hernie et nettement séparé d'elle.

Cet état persiste avec une légère atténuation des phénomènes inflammatoires jusqu'au jour de l'opération.

Il s'agit donc d'une hernie inguinale épiploïque irréductible, douloureuse, légèrement enflammée.

Le 31 décembre 1885, chloroformie. Incision sur le trajet du canal inguinal, descendant sur les bourses. Vaisseaux nombreux paraissant appartenir au cordon, au devant de la tumeur : puis on arrive sur la poche arrondie qui communique avec l'abdomen par un canal étroit. La poche, ouverte, se trouve remplie d'une masse épiploïque sphérique réunie à l'épiploon dans l'abdomen par une portion allongée très étroite. Cet épiploon est très adhérent à la paroi du sac, il est ecchymotique, de teinte noirâtre ; on l'isole du sac, on attire une quantité assez notable d'épiploon qui ne descendait pas dans le sac, puis après avoir fait une double ligature de catgut enchevêtrée au plus

haut point accessible, M. Championnière *resèque l'épiploon et réduit le moignon.*

Les parois du sac sont facilement détachées, puis on prépare la résection du sac, *dont on poursuit la dissection dans le canal inguinal* à l'aide du doigt et de l'ongle; *des tractions* abaissent la séreuse très mince au dehors; quand la séreuse résiste à l'effort, une ligature double de catgut est passée sur le point le plus élevé de cette sorte de pédicule au moyen d'une aiguille de Reverdin. Au-dessous la résection est faite.

Aussitôt après, le moignon de séreuse remonte dans le ventre entraîné par sa propre élasticité.

Deux sutures profondes de catgut sont placées tout au fond de la plaie.

Sutures superficielles de crin de Florence, gros tube de caoutchouc souple.

Pansement antiseptique avec gaze iodoformée, sachets de poudre antiseptique et gaze antiseptique, *compression* à l'aide d'une éponge et spica de gaze.

Le malade a quelques vomissements le jour et la nuit qui suivent l'opération, quelques douleurs abdominales : piqûres de morphine.

1^{er} janvier. — Encore quelques vomissements, dans la matinée, douleurs abdominales un peu atténuées.

2 janvier. — Plus de vomissements ni de douleurs.

7 janvier. — Huitième jour. Premier pansement, suppression des tubes et des sutures; réunion presque complète.

10 janvier. — Démangeaisons au niveau de la plaie. Deuxième pansement antiseptique avec pommade boriquée, les démangeaisons diminuent.

16 janvier. — Troisième pansement, réunion complète, suppression de la gaze phéniquée : pommade boriquée, lin et ouate salicylée.

18 janvier. — Même pansement.

19 janvier. — Même pansement, moins pour garantir la plaie que pour soutenir la paroi abdominale.

25 janvier. — Application d'un bandage ordinaire qui pèse beaucoup trop sur le canal et sur la cicatrice. Quelques jours plus tard un bandage Rainal est prêt et le malade muni de ce bandage part pour Vincennes. Il est revenu depuis portant son bandage et se trouvant le mieux du monde.

Chez lui, vu l'étroitesse du canal suivi par la hernie, la cicatrice est peu épaisse, mais elle est très longue; on la sent remonter dans l'abdomen sous la forme d'un cordon dur, et ce patient présente toutes les garanties de solidité pour l'avenir. — Revu en juin 1886.

CHAPITRE III

ÉTUDE CLINIQUE.

L'opération de cure radicale des hernies, telle que la pratique M. Lucas-Championnière, est applicable dans les cas simples et doit nous servir de type général.

Mais en pratique nous devons apporter dans le manuel opératoire les variantes indispensables aux cas particuliers.

MANUEL OPÉRATOIRE.

1^o Cas où la dissection du sac est facile.

La hernie est de grosseur moyenne, elle est pourvue d'un sac complet qui présente des adhérences lâches avec les parties celluluses du voisinage. Les viscères rentrent facilement dans l'abdomen. Le trajet extra-séreux est peu déformé, ses parois sont susceptibles, après la dissection, d'être maintenues en contact sous l'influence d'une légère compression. Ce sont les cas les plus favorables pour le succès de l'opération. Nous leur appliquerons sans restriction la méthode de M. Lucas-Championnière.

Nous procéderons tout d'abord à la recherche et à la dissection minutieuse du sac herniaire. *Cette recherche*

n'est pas toujours aussi simple qu'on serait tenté de le croire. Le sac est souvent enveloppé d'une série de lamelles celluleuses normales et de nouvelles formations dont on devra l'isoler et qui pourraient en imposer au premier abord. L'observation suivante qui nous a été communiquée par notre maître, M. le professeur Heydenreich, et rédigée par notre ami Zumbiehl, interne du service, est instructive à cet égard.

Observation II. — (Inédite). **Hernie crurale épiploïque droite**
Cure radicale. (Recueilli à la clinique de M. le professeur Heydenreich).

La nommée L. J., 24 ans, domestique, est atteinte d'une hernie crurale réductible du côté droit. Le début de l'affection remonte à deux ans. Le 1^{er} mai 1889, douleurs vives ; la station debout est pénible ; la malade se couche, a quelques envies de vomir, puis entre à l'hôpital le 5 mai. A ce moment on constate que la hernie est irréductible ; la température monte à 38°,5, la malade est agitée, quelques nausées. Malgré cela la température baisse et tombe à 38° le lendemain pour redevenir normale les jours suivants. Plus de douleurs, toutefois la malade ne peut rester debout et est obligée de garder le lit. A ce moment on propose à la malade la cure radicale de sa hernie. Après quelques hésitations l'opération est acceptée et décidée pour le mercredi 22 mai.

Opération. — La région est rasée et lavée à la solution phéniquée 2/100 ; après chloroforme, incision de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané ; on arrive sur la tumeur, c'est-à-dire sur une enveloppe de cette tumeur, qui semble être le sac de la hernie. Ce sac est ouvert ; mais alors apparaît une autre membrane, dont l'aspect ne rappelle en rien celui de l'intestin, qu'on

s'attendait à trouver après incision de l'enveloppe précédente. Cette deuxième enveloppe est rouge comme la précédente mais surchargée de graisse et d'une sorte de dépôt calcaire. On ne sait à quoi s'en tenir au sujet de la nature de cette seconde enveloppe ; quelques personnes, autour de l'opérateur, prononcent le mot d'épiploon. On se décide à ouvrir avec précaution et, voyant que rien ne s'écoule, on ouvre largement sur la sonde cannelée. Mais il était dit que l'on irait de surprise en surprise. Une nouvelle membrane se présente, qui, cette fois ressemble à s'y méprendre à l'intestin. Même coloration, même striation fine, même aspect extérieur. On examine attentivement la tumeur et l'on s'aperçoit que le pédicule, qui se prolonge dans l'abdomen, est étroit. Ce n'est donc pas une anse intestinale. On fait une ponction exploratrice avec l'aiguille de la seringue de Pravaz : il ne sort qu'un peu de liquide teinté de sang. On ouvre cette troisième enveloppe qui, elle, est le vrai sac herniaire et l'on trouve alors une petite masse épiploïde de la grosseur d'une noix, irréductible, ayant contracté des adhérences avec le pourtour du sac. On resèque l'épiploon contenu dans le sac, mais sans toucher à la portion d'épiploon qui occupe le collet et qui a contracté avec ce collet des adhérences extrêmement solides. On resèque ensuite les premières enveloppes et la majeure partie du sac, on fait la suture de la portion restante du sac. Suture de la peau au crin de Florence, lavage antiseptique et pansement sec à l'iodoforme.

Soir de l'opération. T. 38°.

T. mat. : 37°,5.

T. soir : 38°,2.

Rien de particulier ; on est obligé de sonder la malade.

24 mai. T. mat. : 38°.

T. soir : 38°,2.

Le pansement est changé. La plaie va bien, aucune trace d'inflammation.

La malade ne souffre pas, mais elle n'urine pas seule, et on doit la sonder.

28 mai. La fièvre est tombée, la malade se sent mieux. Pas d'appétit. La plaie suppure un peu ; deux fils du milieu tiennent encore.

Guérison complète au début de juillet.

C'est maintenant qu'il importe de faire la dissection du sac, d'après les principes que nous avons énoncés plus haut, c'est-à-dire de n'isoler que le sac séreux seul. « Quand on dissèque une hernie inguinale, dit M. Nicaise, qui insiste également sur ce point important, après avoir mis à découvert l'orifice externe de l'anneau inguinal, ses piliers, son arcade, on aperçoit le sac herniaire qui traverse l'anneau en sortant du canal inguinal : si on fend le sac à ce niveau, on constate qu'il est formé par deux membranes, l'une externe, fibreuse, l'autre interne, qui est le péritoine ; les deux membranes sont réunies par du tissu celluleux généralement fin, qui se laisse déchirer facilement... Il résulte de ceci que, pour disséquer le sac herniaire, il faut toujours avoir soin de fendre la tunique fibreuse, de manière à n'agir que sur le sac péritonéal (1) ».

Nous extrayons ce passage d'une observation de Nicaise, dans laquelle la tunique fibreuse fut d'abord prise pour le sac herniaire et où l'on put faire nettement ensuite la distinction entre le sac fibreux et le sac péritonéal.

(1) Nicaise. — Cure radicale de la hernie inguinale. Rapports du sac herniaire avec la tunique fibreuse des bourses. — *Revue de chirurgie* 1886, p. 568.

Observation III. — Hernie inguinale gauche réductible, incoercible et douloureuse. (Nicaise, *Revue chir.*, p. 570, 1886).

V. Ed., 23 ans, typographe. Hernie scrotale gauche, volumineuse, incoercible.

17 mai. Cure radicale. Chloroforme. Incision verticale qui remonte au-dessus de l'anneau ; on arrive, après avoir coupé la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, sur une membrane grise, à reflets bleuâtres, qui est tout d'abord prise pour le sac.

M. Nicaise essaye de la décortiquer, mais il ne tarde pas à tomber sur des adhérences solides, puis on remarque bientôt que cette membrane enveloppe les éléments du cordon. Ce n'est pas le vrai sac, mais bien la tunique fibreuse épaissie. Celle-ci est incisée avec précaution, et on arrive sur le véritable sac. Ce dernier étant découvert, Nicaise commence la décortication. Il n'y a qu'en un point, vers le fond du sac, de légères adhérences que l'on sépare avec le bistouri. La plupart des adhérences cèdent sous la simple pression des doigts, ou sous la traction d'une pince à disséquer, sans donner une goutte de sang.

Lorsque le sac est complètement libéré, les anses intestinales étant maintenues dans l'abdomen, Nicaise attire un peu le collet en avant de l'anneau inguinal, et passe un fil double à travers le sac au ras de l'anneau. Il fait une ligature double enchaînée. Le sac n'est ouvert qu'après avoir été lié. Il est excisé, le pédicule ainsi formé, se retracte derrière l'anneau inguinal.

Deux drains sont placés. L'un sort par la partie supérieure de la plaie ; l'autre par une contre-ouverture déclive, faite au fond de la bourse.

Suture de la peau au crin de Florence. Pansement antiseptique.

31 mai. — La guérison est complète, la cicatrice absolument linéaire ; le malade attend un bandage.

Le scrotum qui n'a pas été reséqué, descend un peu au-dessous de l'extrémité de la verge... Au-dessus du testicule, on trouve une masse dure, de forme allongée, qui englobe les éléments du cordon, et qui remonte jusqu'à l'orifice externe du canal inguinal. Cette masse est très irrégulière; elle présente des lobules saillants, gros comme des noisettes. Elle est de consistance ferme, égale dans toute son étendue. La pression, à son niveau, est absolument indolente. Cette masse est due, sans doute, au recroquevillement des plis ainsi formés, et à l'épanchement d'une certaine quantité de lymphé plastique dans la cavité de la tunique fibreuse.

« L'opération dans laquelle on n'enlève que le sac séreux, ajoute Nicaise, est plus facile et plus simple que celle dans laquelle on resèque la plus grande partie de la tunique fibreuse, ce qui oblige à mettre à découvert le tissu cellulaire lâche qui recouvre en dehors cette tunique fibreuse, et qui s'infiltré facilement et supporte mal les dilacérations; de plus, on rencontre quelques petits vaisseaux. Ce ne sont pas là, sans doute, des complications importantes, mais néanmoins le décollement de la tunique séreuse seule est plus inoffensif. »

Observation IV. — C. R. d'une hernie inguinale. — (Rapports du sac péritonéal avec l'enveloppe fibreuse commune du testicule et du cordon. — Nicaise, *Revue de Chir.*, 1886, p. 592).

Nous nous sommes étendu longuement sur l'utilité de cette pratique au point de vue du résultat de la cure, et nous avons tenu, en nous appuyant sur l'autorité de M. Nicaise, à montrer ses avantages au point de vue du manuel opératoire.

La dissection du sac herniaire ainsi comprise, présentera peu de difficultés. M. Richelot, dans un mémoire lu à l'académie de médecine le 18 octobre 1887, conclut en ces termes : « La résection totale du sac inguinal est toujours possible, soit dans la kélotomie pour étranglement, soit dans les cures radicales faites de propos délibéré. » Or, la résection suppose la dissection préalable ; et en limitant l'assertion de Richelot aux cas simples de beaucoup les plus nombreux où la séreuse n'a contracté avec les parties voisines que des adhérences lâches, nous pouvons dire que dans ces cas l'isolement du sac séreux est d'ordinaire facile jusque dans l'abdomen.

Dans le cas de hernie inguinale, le sac, dans sa descente à travers le canal inguinal et les aponévroses scrotales, se trouve en connexion avec *les éléments du cordon*, qui ont pu contracter des rapports plus ou moins intimes avec lui. Or, si l'on n'y prend garde, la résection du sac peut amener la section de ces éléments ; c'est ce qu'il faut à tout prix éviter. La dissection très fine de la séreuse aura l'avantage d'assurer l'intégrité du cordon qui demeurera parmi les couches de la tunique fibreuse. On devra néanmoins redoubler d'attention en portant le bistouri sur le côté interne où se trouve d'ordinaire les vaisseaux du cordon, et attaquer de préférence le sac par le côté externe, comme le conseille Lucas-Championnière.

Le sac étant bien isolé, conformément aux préceptes que nous avons posés plus haut, on y pratiquera une

large ouverture qui permettra d'examiner l'état et la nature de son *contenu*.

On réduira l'intestin. Quant à l'épiploon, s'il s'en trouve, on n'hésitera pas à en réséquer tout ce qu'il sera possible, après ligature du pédicule destiné à être rentré dans l'abdomen. Nous avons montré l'utilité de cette résection ; en fait, elle n'augmente pas les dangers de l'opération, et l'on peut sans inconvénient en supprimer une masse parfois considérable. Ce sera surtout dans les hernies anciennes et volumineuses que nous pourrons rencontrer ces grosses masses épiploïques qui, parfois, rempliront presque la totalité du sac. Qu'il y ait beaucoup ou peu d'épiploon, l'indication sera la même, on réséquera. Pour ne pas scinder notre étude, nous rapportons ici quelques observations propres à montrer l'inocuité de cette pratique opératoire.

Observation V. — Hernie inguino-scrotale droite incoercible.

C. R. — Excision de 120 grammes d'épiploon. (Defontaine, *Gazette des Hôpitaux*, 1889, n° 138).

C. B., vingt-six ans. Opération le 13 mars 1889. Il n'a jamais pu supporter l'usage d'aucun bandage. Excision de 120 grammes d'épiploon après trois ligatures au catgut. Sac lié à la soie. Excision du sac. Il existe une petite hydrocèle concomittante, qui est ponctionnée au bistouri ; cet orifice de ponction est fermé au catgut. Suture totale au catgut, sans drainage. Pansement sec. Température maximum 38°,3. Le quinzième jour le pansement opératoire est enlevé et n'est pas remplacé. Purgatif, se lève le vingt-et-unième jour, sorti le vingt-neuvième. La paroi abdominale paraît faible, et, par précaution, on lui conseille l'usage d'un suspensoir, à large ceinture élastique maintenant, devant la région inguinale, un petit matelas qui la soutient. Pas de récurrence. Il continue son métier de chauffeur.

Observation VI. — Hernie incoercible volumineuse. C. R. — Résection de 310 grammes d'épiploon. (Defontaine, loc. cit.).

J. S..., soixante et un ans, porte depuis longtemps une hernie inguino-scrotale droite volumineuse ne pouvant être maintenue par les bandages. Opération le 29 juin 1887. Pas d'intestin, 310 grammes d'épiploon enlevés après quatre ligatures au catgut. Ligature du sac à la soie. Le sac excisé pèse 30 grammes. Deux drains. Pansement humide au sublimé, renouvelé tous les deux jours. Température maximum 38°,2. Se lève le onzième jour, sort le quinzième jour. Aucun bandage. Il a continué son métier d'ouvrier d'usine et n'a pas trace de récurrence.

Observation VII. — H. inguino-scrotale incoercible. — C. R. Excision de 89 grammes d'épiploon. — Guérison. (Defontaine, loc. cit.).

Observation VIII. — H. Congénitale énorme. — C. R. Excision de 350 grammes d'épiploon et castration inguinale. — Guérison. (Defontaine, loc. cit.)

Observation IX. — H. volumineuse, incoercible et irréductible. — C. R. Extirpation de 380 grammes d'épiploon. — Guérison. (Defontaine, loc. cit.)

Observation X. — H. congénitale incoercible contenant de l'épiploon. — C. R. Ablation de 150 grammes d'épiploon. — Guérison. (Lucas Champ., Soc. de Chir., Nov. 1885, in *Revue de Chir.*, 1885, p. 1033).

Il est de toute nécessité de pratiquer avec soin la *ligature du pédicule épiploïque* que l'on rentrera dans le ventre. L'épiploon contient de nombreux vaisseaux, et il est facile de concevoir quelles conséquences graves pourrait avoir une hémorrhagie intra-abdominale

post-opératoire, si la ligature venait à céder. C'est pourquoi le nœud simple de catgut, qui pourrait glisser, serait fort dangereux.

« Pour ces raisons, dit M. Lucas-Championnière, (loc. cit., p. 57), j'emploie toujours du catgut bien résistant, plutôt gros ; je le place sur les vaisseaux en traversant l'épiploon de part en part et en enchevêtrant les fils deux à deux comme on les place d'habitude sur le pédicule dans l'ovariotomie. Mais si le lambeau d'épiploon est considérable, au lieu de réunir le tout entre deux nœuds, je place plusieurs fils. Ces fils multiples je ne les place pas en chaîne comme on le fait pour l'ovariotomie... Je les place ici par sections indépendantes, par groupes, si j'estime qu'il faut placer une série de fils : de cette façon, l'épiploon que l'on rentre, s'étale plus facilement, les fils tiennent très solidement retenus par la trame même de l'épiploon, et ce plan membrano-adipeux, rentré dans le ventre, s'étale bien, ne forme ni nœud ni corde. Et comme je n'ai pas craint de faire porter ma résection le plus haut possible, de placer mes ligatures au voisinage de l'intestin, il n'y a plus de franges épiploïques errantes au voisinage de l'anneau prêtes à s'y accoler, puis à peser sur la cicatrice pour la forcer. »

L'intestin se trouve réduit, l'épiploon reséqué, il reste à faire la *ligature du sac* avant de l'exciser. C'est le moment d'amener au dehors, par des manœuvres de traction, la séreuse libre de toute adhérence, pour porter la ligature au-delà du collet, et jusque sur les parties voisines du péritoine intra-abdominal. Par-

fois il suffira d'un simple lien circulaire fait avec un gros fil de soie. Mais d'ordinaire il vaudra mieux ici encore suivre la pratique de M. Lucas-Championnière qui, après avoir traversé le pédicule avec une aiguille de Reverdin, passe deux fils de gros catgut qu'il entrecroise et fixe séparément. Si le pédicule du sac est très large, on en placera plusieurs accolés et enchevêtrés, ce qui garantit contre tout glissement possible. Puis on reséquera le sac sous la ligature.

Alors, si le *trajet herniaire* n'a point encore subi ces modifications profondes dans sa forme et dans sa texture, qui peuvent, avec le temps, le réduire à l'état d'un large trou de la paroi, béant, fibreux, rigide, ses bords pourront être facilement rapprochés et maintenus en contact par l'action mécanique de quelques points de suture profonde aidés de la compression, ou par l'effet de cette seule compression. M. le professeur agrégé Rohmer, attache peu d'importance à ces sutures, et les néglige parfois. Le plus souvent, en effet, si le trajet est peu large, celluleux, la simple compression d'un bandage un peu serré suffira pour fermer sa lumière, et ses parois cruentées rapidement agglutinées par l'inflammation depuis l'anneau, orifice extérieur, jusque dans l'intérieur du ventre, pourront ainsi concourir à la formation de cette cicatrice qui viendra désormais supporter l'effort des viscères et boucher la paroi.

2^o Cas où la dissection du sac est difficile ou impossible.

La hernie est volumineuse ou de grosseur moyenne.

Généralement de date ancienne mal contenue, ayant pu à un moment donné subir quelques accidents inflammatoires plus ou moins graves. C'est ainsi que nous sommes exposé à rencontrer parfois de ces grosses hernies compliquées de brides, d'adhérences, qui sont, dit Trélat, la conséquence de l'âge adulte de ces hernies mal contenues.

a) . — Des adhérences peuvent exister à *l'extérieur du sac*, entre la séreuse et les parties voisines, anneaux, aponévroses, éléments du cordon. La dissection sera dans ces cas d'autant plus difficile à réaliser que la fusion de ces parties se montrera plus intime. Nous ne nous tiendrons cependant pas pour battu, et nous tenterons malgré tout l'isolement. Quelquefois nos efforts seront couronnés de succès ; mais parfois aussi nous serons forcé d'y renoncer sur certains points. Il faudra bien alors nous contenter d'enlever tout ce qu'il sera possible, et nous pourrons sans inconvénient abandonner quelques débris de séreuse dans la plaie. C'est principalement au niveau du collet et du trajet qu'il faudra rompre les adhérences de la séreuse, et il est rare qu'au moyen de l'ongle, des ciseaux et parfois du bistouri, on ne puisse y parvenir. Si toutefois la dissection était totalement impossible, nous n'insisterions pas outre mesure, au risque de pratiquer une opération longue, infructueuse, et qui pourrait n'être point exempte de danger. Le sac devrait être laissé en place et obturé par des points de suture, procédé moins complet il est vrai, mais peu dangereux, et qui pourra parfois se montrer suffisant. C'est ce que fit Nicaise sur un malade qu'il opéra d'une hernie inguinale étran-

glée et chez lequel il ne put décoller le sac herniaire au moment où, après la rentrée de l'intestin, il voulut en faire l'excision. Reclus également publie une observation où, chez l'un de ses malades, voulant disséquer le sac, il éprouva de telles difficultés en raison des adhérences contractées sur les parties voisines, qu'il dut y renoncer. Mais ces cas sont assez rares.

Observation XI. — Hernie inguinale étranglée. — C. R. — Guérison. (Nicaise). — *In Revue de chirurgie*. 1886, p. 573.

Observation XII. — (Reclus). *Gazette des Hôpitaux*, 15 sept. 1887.

Parfois, et cette disposition se rencontre surtout dans les hernies inguinales congénitales, les éléments du cordon seront tellement adhérents au sac, qu'il y aurait grand risque de les blesser pour en obtenir la séparation. Voici ce que conseille Reclus : Incision très large du sac de façon à voir par transparence, la situation du cordon ; couper tout ce qui n'en fait pas partie, en laissant seulement sous forme de lanière les éléments qui le constituent. La résection peut ainsi se terminer sans accident. Dans certains cas même, on pourrait être obligé de recourir, ainsi que le conseille Terrillon (1), au procédé de capitonnage proposé par Julliard de Genève.

b). — Des adhérences peuvent exister à l'intérieur du sac, entre la séreuse et son contenu, intestin, épi-

(1) Terrillon. — Leçons de clinique chirurgicale professée à la Salpêtrière, en 1887.

ploon. Ces adhérences du sac à l'intestin, qu'il faudra s'efforcer de détruire, pourront être parfois une sérieuse complication. On fera une dissection très fine, et le plus souvent on pourra de la sorte obtenir la séparation des parties. Nous trouvons à ce sujet une observation intéressante relatée par M. Pichevin, interne des hôpitaux de Paris.

Observation XIII. — Hernie irréductible et douloureuse du gros intestin ; adhérences de l'intestin au sac ; impossibilité de la réduction ; débridement du collet du sac ; guérison. (Résumée).

P. Cl..., 56 ans, porteur d'une hernie inguinale gauche de la grosseur du poing et descendant jusqu'au fond du scrotum ; irréductible.

Opération, 8 août 1888. Ouverture facile du sac qui ne contient que du gros intestin. L'intestin est très adhérent à la partie postérieure et externe du sac sur une assez grande étendue. Ciseaux et bistouri sont nécessaires pour détacher l'intestin qui adhère jusqu'à la partie postérieure du sac. Hémorrhagie en nappe. Ce temps de l'opération est pénible. L'intestin devient alors complètement libre d'adhérences au niveau du sac et profondément. Impossibilité de faire rentrer l'extrémité de l'anse herniée. Des franges épiploïques très développées semblent mettre obstacle à la réduction. Après des tentatives répétées et variées, on acquiert la certitude que l'intestin ne pourra pas franchir l'anneau. Léger débridement au niveau du collet. L'intestin rentre immédiatement. Le sac séreux est isolé avec la plus grande facilité et sans perte de sang. Traction sur la séreuse à l'aide de deux pinces hémostatiques et décollement du péritoine aussi haut que possible dans le canal inguinal. Ligature double et entrecroisée du sac séreux au ras de l'anneau inguinal. Section du sac ; la ligature disparaît dans l'abdomen. Deux étages de sutures perdues avec du catgut. Les sutures plus élevées ont pour but de fermer

aussi exactement que possible le trajet inguinal. Quelques sutures au crin de Florence. Drain à la partie déclive de la plaie, poudre d'iodoforme, gaze iodoformée, ouate iodoformée, gros tampon d'ouate hydrophile; spica compressif.

Les suites de l'opération sont simples, la température s'élève un jour seulement à 38° et ne dépasse pas 37°,5 les autres jours.

Guérison dans les premiers jours de septembre. Le succès est complet autant qu'on peut en juger deux mois après l'opération.

Cette observation est intéressante à deux points de vue. Elle nous montre qu'il est possible de détruire par la dissection de larges adhérences du sac à l'intestin; si d'autre part l'intestin isolé demeurerait irréductible, il nous serait facile de lever l'obstacle en pratiquant un léger débridement au niveau du collet.

Si toutefois les adhérences de la séreuse aux viscères sont trop intimes sur certains points, on pourra sans inconvénient laisser sur la surface intestinale quelques débris en ayant soin d'enlever tout ce que l'on pourra. En aucun cas, on ne devra s'exposer à blesser l'intestin, et l'on aura présente à l'esprit l'observation instructive que rapporte Chatard dans sa thèse: « Le sujet, âgé seulement de deux ans et deux mois, était porteur d'une volumineuse hernie inguinale, de la variété congénitale, complètement irréductible. L'intestin grêle et le côlon ascendant adhérents furent péniblement libérés. Banks croyant simplement détruire des adhérences, dépouilla le gros intestin de sa tunique séreuse dans une certaine étendue; il ne s'arrêta que lorsqu'il reconnut sa mé-

prise. L'enfant succomba trente heures après l'opération».

Les adhérences du sac à l'épiploon seront moins redoutables, car toutes ces parties sont destinées à disparaître. On pourra donc ne point tenter de les séparer si ce n'est dans la profondeur où l'épiploon sera pédicularisé, puis lié et reséqué sous la ligature. Le sac sera traité de la même manière ; ainsi sac et épiploon seront enlevés simultanément. Mais parfois il pourra se faire qu'au niveau du collet du sac et du trajet herniaire, l'épiploon se soit à la longue fusionné, de telle sorte avec ces parties qu'on ne puisse l'en détacher ; nous imiterons alors la sage conduite de notre maître, M. le professeur Heydenreich, qui, bien qu'à regret, se vit, dans les observations... qu'il a bien voulu nous communiquer, contraint, par des adhérences trop intimes, de laisser une partie de l'épiploon engagé dans l'intérieur du trajet. Une intervention plus radicale aurait été dans ces cas inutile et dangereuse.

3^o Cas dans lesquels le sac est absent ou incomplet.

— L'absence de sac est exceptionnelle, on ne la rencontre guère que dans certaines hernies congénitales de l'ombilic ou dans quelques hernies traumatiques, le péritoine ayant été déchiré en même temps que le reste des parois, et les viscères étant passées au travers de la déchirure.

Le sac est ordinairement incomplet dans les hernies du cœcum et de la vessie, du côlon ascendant ou descendant qui peuvent n'être recouverts par la séreuse, que dans une partie de leur surface. Dans ces hernies,

le péritoine, au lieu d'être refoulé par le viscère, est attiré à sa suite; il se place soit en arrière, soit sur les parties latérales, et la tunique musculaire de l'intestin se trouve sur certains points en rapport immédiat avec le tissu cellulaire de la région herniaire; « celui-ci se modifie, se condense, se soude à l'intestin et contient les vaisseaux et nerfs qui s'y rendent » (Boiffin, Gaz. des Hôp. 1887). Cette disposition est très importante à connaître, et l'on ne s'exposera pas à ouvrir l'intestin en croyant ouvrir le sac lorsque celui-ci fait défaut.

4^e Cas où les dimensions de l'anneau s'opposent à la réunion de ses bords.

Quand les parois du trajet herniaire auront, avec le temps, subi un écartement notable et que nous ne pourrions les rapprocher suffisamment pour en obtenir le contact, il nous faudra user d'un artifice capable de remédier à cet état de choses. C'est dans ces cas que M. Lucas-Championnière a très heureusement réussi par des procédés d'autoplastie assez complexes. Nous empruntons à son livre deux observations qui feront saisir sa manière d'opérer :

Observation XIV. — Hernie inguinale volumineuse. — Anneau très large. — Autoplastie par un lambeau cutané (Résumée). (Lucas Championnière).

La nommée M. B..., 30 ans, est atteinte de hernie inguinale datant de 13 années. Le volume de la tumeur a augmenté lentement; elle est devenue énorme et incoercible. Quand la malade est debout, la hernie descend presque jusqu'au genou. Lorsqu'elle se couche, la tumeur diminue beaucoup et se réduit

aisément. Tous les doigts de la main pénètrent dans l'anneau, et l'on conçoit qu'aucun bandage ne puisse la maintenir.

Opération, le 5 juillet 1881. — Deux grandes incisions semi-elliptiques circonscrivent la tumeur, ce qui permet d'abord la dissection des parois du sac.

La hernie est alors réduite, et la dissection du collet du sac est poursuivie jusque dans l'abdomen ; quand ce collet a été détaché le plus possible de la paroi abdominale et de l'anneau, il est fermé par cinq ligatures de catgut, enchevêtrées ; puis le sac et les enveloppes cutanées sont reséqués. Sur la peau, en dehors de la plaie, est avivé un lambeau assez large pour boucher la baie de la paroi abdominale. La partie cutanée est complètement avivée, puis ce lambeau est retourné trois fois sur lui-même de façon à remplir, comme un bouchon, toute la partie béante de l'anneau. Il est fixé en place par deux ou trois points de suture au catgut abandonnés dans la profondeur des tissus. La plaie est suturée d'un bout à l'autre ; et, à la partie supérieure, les lèvres de la plaie sont suturées par dessus ce lambeau inséré au niveau de l'orifice.

Trente-un points de suture réunissent cette longue plaie. Aux deux bouts, un gros tube à drainage.

6 juillet. — Bon état général. Ecoulement de liquide très abondant, pansement renouvelé ; drains raccourcis. Enlèvement de huit points de suture. On sonde la malade, pour qu'elle n'urine pas dans son pansement.

Le 7. — Pansement renouvelé, douze points de suture enlevés ; drains très raccourcis.

Le 9. — Pansement. Enlèvement des derniers points ; un peu de recroquevillement des lèvres vers le milieu de la plaie ; les drains sont enlevés.

Le 1^{er} août, la malade sort munie d'un bandage. Cette malade a été revue plusieurs fois ; en 1886, cinq ans après l'opération, son état est on ne peut plus satisfaisant. Localement, on constate une cicatrice ramassée sur elle-même qui semble plonger dans le canal inguinal. La paroi est partout résistante. On ne

sent pas d'impulsion. Il est impossible de se représenter quelle difformité grave a été guérie radicalement. Ajoutons que, depuis sa guérison, cette femme n'a jamais cessé de travailler.

Observation XV. — Hernie scrotale inguinale volumineuse. — Autoplastie. (Résumée) (Lucas-Championnière).

A. P..., 43 ans. — Hernie inguinale droite du volume d'une tête d'adulte, incoercible.

Opération, le 9 juillet 1885. — Incision cutanée. Ouverture du sac. Réduction de l'intestin ; ligature et résection de l'épiploon. Dissection de la séreuse jusqu'au niveau de l'anneau interne assez loin dans le ventre. Triple ligature sur le collet du sac. Exeision du sac. Pour combler autant que possible l'énorme trou du canal inguinal dilaté, avivement d'un lambeau cutané externe sur une étendue d'environ 0,03 cent. ; adossement des deux feuillets de ce lambeau et suture de la partie avivée supérieure avec le lambeau interne qui la recouvre comme un couvercle. Des drains sont laissés dans la plaie. Pansement antiseptique. Guérison. Le malade, revu un an après l'opération, présente un état des plus satisfaisants.

Il est bon de faire encore remarquer que les parties destinées à former un bouchon entre les parois du trajet, ne sont pas empruntées aux parties intérieures de l'abdomen, telles que l'épiploon, et nous avons dit que cette pratique usitée par quelques opérateurs doit être rejetée.

Lucas-Championnière emploie un lambeau comprenant toute l'épaisseur de la peau.

Nous avons vu M. le professeur agrégé Vautrin employer divers procédés.

Parfois, il dédouble les tissus au voisinage des lèvres de l'incision cutanée. Toute la partie profonde de la

peau et le tissu cellulaire qui s'y trouve adhérent, vont pouvoir, séparés des couches superficielles par la dissection, constituer un bouchon, qu'on maintiendra en place entre les lèvres de l'anneau par quelques points de suture. La peau est au-dessus suturée pour son propre compte.

D'autres fois il va jusqu'à introduire dans le trajet des bouchons artificiels constitués par de la gutta-percha, des tampons de gaze iodoformée, etc. Mais nous n'avons sur ces procédés que des renseignements trop vagues pour pouvoir les étudier ici.

5° Traitement du Testicule. Hernies congénitales.

Dans certaines hernies inguinales et en particulier dans les hernies congénitales, nous voyons le testicule contracter des rapports plus ou moins intimes avec la hernie. On a beaucoup discuté pour savoir dans quelles circonstances il convenait de respecter ou au contraire d'enlever le testicule.

Nous examinerons plusieurs cas :

1° *Il y a ectopie testiculaire.* — Dans ce cas, dit Trélat, la règle est fort simple. Si le testicule est perdu dans sa structure, dans sa fonction, il n'y a aucun inconvénient à l'enlever. C'est ce que nous voyons dans l'observation suivante.

Observation XVI. — Hernie inguinale profonde avec ectopie testiculaire. Cure radicale et castration inguinale. (Résumée) (Defontaine).

E. J..., 15 ans. — Est atteint d'accidents aigus d'étranglement. Opération en octobre 1888. Le testicule gauche est seul présent

dans le scrotum. Au niveau de l'orifice du canal inguinal droit il existe une tumeur oblongue. Incision étendue de cette tumeur. Le sac est largement ouvert puis lavé, le petit doigt pénètre jusqu'au collet et en fait la divulsion. L'intestin est réduit. En un point de la paroi du sac, se trouve le testicule notablement atrophié. Le collet du sac est lié le plus haut possible en trois parties avec des fils de soie. Le sac avec le testicule est reséqué au-dessous de ces ligatures. Réunion incomplète sans drainage par quelques sutures à la partie antero-interne de la plaie. Guérison complète le dix-septième jour. La guérison s'est maintenue.

Observation XVII. — H. congénitale étranglée; ectopie testiculaire; C. R. avec castration. — Guérison. — Le Bec (Rapport de Richelot) (Société de chir. 9 nov. 1887). — *in Bull. soc. de chir.* 1887, p. 641.

Observation XVIII. — H. inguinale avec ectopie testiculaire. — C. R. et castration. — Guérison — Nicaise. — *in Revue de chirurgie* 1888, p. 922.

Au contraire, il est des cas incertains où le chirurgien peut seul décider la conduite à tenir.

Observation XIX. — H. ing. gauche congénitale avec ectopie testiculaire. — Le testicule n'est pas atrophié. — C. R. avec reconstitution de la vaginale et conservation du testicule. — Richelot, *in Union médicale*, 1889, p. 149.

2° *Le testicule n'est pas en état d'ectopie.* — En ce cas toutes les fois que nous aurons affaire à un sujet jeune, que le testicule ne sera point atrophié, il faudra à tout prix s'efforcer de le conserver.

Si le testicule se trouve à l'extérieur du sac herniaire, on l'en séparera par la dissection en prenant toutes les précautions nécessaires vis-à-vis du cordon.

Si le testicule se trouve à l'intérieur du sac, comme dans le cas de hernie congénitale, on devra modifier quelque peu le manuel opératoire. Il s'agit, en effet, de laisser en place toute la partie inférieure du sac herniaire, qui n'est autre que la tunique vaginale, nécessaire pour contenir le testicule, et lui reconstituer une enveloppe. On ne devra donc disséquer et enlever que les parties internes et externes du sac, situées au-dessus des bords testiculaires. Ceci fait, on réunira par quelques points de suture les lèvres de la portion du sac laissée en place.

L'observation suivante offre un exemple de ce cas.

Observation XX. — Hernie congénitale gauche sans ectopie testiculaire. — Reconstitution de la vaginale (Defontaine).

P. M..., vingt-deux ans. Opération le 25 décembre 1888. Les viscères sont rentrés dans l'abdomen, ce qui rend la recherche du sac plus délicate. Il est lié très haut, au catgut, puis excisé. Sa partie inférieure est fermée par une suture perdue en surget, au catgut, pour reconstituer la vaginale. Un fil de soie, passant en avant des vaisseaux testiculaires, est passé profondément au-dessous de l'extrémité inférieure de l'incision et noué après avoir été modérément serré ; il empêche l'ascension du testicule. Suture cutanée incomplète au catgut. Pas de drain. Pansement sec. Température maximum 38°,5 le deuxième jour, ensuite elle n'a plus atteint 38 degrés. Guérison sous le pansement opératoire. Le fil de soie est encore laissé quatre jours après la suppression du pansement. Se lève le vingt et unième jour, sort le 30 janvier 1889. Il n'a porté aucun bandage, a continué son métier d'ajusteur et n'a pas trace de récidive.

On ne sera autorisé à faire l'ablation du testicule que dans une seule circonstance : c'est lorsqu'il est atro-

phié, et que, de plus, sa présence ou celle du cordon dont les éléments pourront être dissociés, adhérents au sac sur une assez grande étendue de surface, seront un obstacle pour la dissection. Le chirurgien, comme précédemment, sera seul juge en la matière ainsi que dans le cas du malade opéré par M. le professeur Rohmer.

Observation XXI (personnelle). — **Hernie inguinale double, volumineuse et irréductible. Cure radicale. Castration** (Opération faite par M. le professeur agrégé Rohmer. Service de M. le prof. Heydenreich).

Le nommé M. . . , âgé de 59 ans, manœuvre, est atteint depuis l'âge de 25 ans de hernie inguinale gauche.

Il y a 20 ans s'est déclarée une nouvelle hernie du côté droit. Ces hernies ont peu à peu grossi et sont restées réductibles jusqu'il y a 5 ans. Depuis cette époque elles sont irréductibles, et donnent lieu à de fréquentes douleurs. Leur masse est devenue considérable, et la tumeur scrotale du volume d'une tête d'enfant, tant à cause de son poids que des douleurs dont elle est le siège, met le malade dans l'impossibilité de travailler et le réduit à la misère.

Entrée à l'hôpital le 15 août 1889. L'opération de cure radicale est proposée, et le 20 août M. le professeur agrégé Rohmer fait la cure du côté droit.

Opération. — Après chloroforme et lavage des parties avec eau phéniquée à 2/100, la paroi scrotale est largement fendue, le sac peu adhérent est isolé jusque dans l'abdomen, puis on y pratique une large incision. Quelques franges épiploïques sont liées avec un fil de catgut, puis reséquées ; l'intestin est réduit et le collet du sac est lié le plus haut possible par un gros fil de soie. Le sac est extirpé, les parois du trajet réunies par quelques points de suture. Lavage de la plaie à l'eau sublimée. La peau des bourses est rapprochée et suturée. Un drain est laissé à la paroi supérieure de l'incision. Pansement iodo-

formé. Un spica suffisamment serré, assure la compression des parties.

T. le soir 38°,2.

21 août T. 38° ; soir 38°,4.

22 août T. 37°,6 ; soir 38°.

23 août — 1^{er} pansement. La température se maintient au-dessous de 38°, bien qu'un léger commencement de suppuration ait envahi l'angle supérieur de la plaie. Les parties inférieures de l'incision commencent à se réunir par première intention.

Le 28 août M. Rohmer pratique l'opération du côté gauche.

Incision du scrotum ; dissection du sac dont le fond se trouve en rapport direct avec le testicule ; sa paroi interne est fortement adhérente aux éléments du cordon dissociés et étalés sur sa surface, qu'il est impossible d'en séparer. Le testicule a subi un commencement d'atrophie. *Pour ces raisons, et vu l'âge du malade*, M. Rohmer se décide à extirper en bloc, avec le sac, le testicule et son cordon. Les vaisseaux du cordon sont liés séparément, puis le collet du sac, par un gros fil de soie, et le tout est enlevé sous la ligature. L'anneau inguinal très déformé, forme ici un large trou sans épaisseur, à bords fibreux dont on ne peut guère espérer la réunion. Pas de suture des piliers. Lavage à l'eau sublimée ; suture de la peau, drain à la partie supérieure, pansement iodoformé ; spica double.

Malgré les précautions antiseptiques, il se produisit les jours suivants de la suppuration qui vint retarder pendant plusieurs semaines la cicatrisation de la plaie. Néanmoins le malade est très soulagé, n'éprouve plus de douleur, a meilleur appétit qu'avant et se déclare enchanté de l'opération. Dans le courant du mois d'octobre, il se lève et l'on sent au niveau de chaque anneau inguinal une cicatrice déprimée.

Il faut ajouter que, vers la fin du mois de novembre un commencement de hernie a semblé poindre à travers l'orifice inguinal gauche non oblitéré par l'opération. Néanmoins un bandage approprié permettra la contension de cette nouvelle production, et la situation restera en définitive beaucoup plus tolérable qu'autrefois.

Observation XXII. — Hernie inguinale droite incoercible, très volumineuse. — C. R. avec ablation du testicule. — Polaillon.
Société de chirurgie 29 avril 1885 — *in Revue de chirurgie* 1885 page 281.

IMPORTANCE DE L'ANTISEPSIE.

L'opération de cure radicale, par le fait qu'elle intéresse à des degrés variables la séreuse péritonéale nécessite l'application de *la plus rigoureuse antiseptie*.

La proximité des organes génito-urinaires et de l'orifice anal sont une obligation pour le chirurgien à redoubler encore de précautions pendant la durée du traitement. La suppuration, quelle que soit son origine, outre qu'elle expose à des accidents mortels, a encore pour résultat fâcheux de compromettre la solidité de la future cicatrice et partant de favoriser la récurrence. Les statistiques montrent que la majeure partie des cas de mort consécutifs à l'opération, reconnaissent pour cause des accidents septiques (péritonite, gangrène du scrotum, etc.)

Sans entrer dans tous les détails du pansement, nous croyons devoir insister sur la nécessité de placer un drain, dont l'orifice extérieur soit autant que possible dirigé du côté opposé aux organes susceptibles de contaminer la plaie par son intermédiaire. « ...Des sutures superficielles ferment la plaie avec un bon drainage, non au point déclive, mais au point le plus éloigné des

sources d'infection (anus, vulve, vergé, pli de l'aîne) ». (1)
Telle est la principale indication à laquelle devra répondre la position du drain.

(1) Lucas-Championnière. — Cure radicale de la hernie sans étranglement. Conditions de succès et indications opératoires. (Semaine médicale 1887 page 325.

CHAPITRE IV.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS.

La première question qui se pose à l'esprit est celle de savoir si les inconvénients d'une hernie en général et les avantages de sa cure radicale justifient les risques d'une opération. Nous n'hésitons pas à répondre par l'affirmative, abstraction faite des cas de contre-indications que nous étudierons tout à l'heure.

Sans parler de la gêne considérable, si bien décrite par les auteurs, qui accompagne toute hernie, chacun sait combien sont graves et nombreuses les complications qui peuvent encore survenir. La hernie, dit Peyrot, est une infirmité doublée d'un danger. L'étranglement et ses terribles conséquences, telles que la perforation, la gangrène, la péritonite, sans compter les dangers qui résultent des troubles fonctionnels, sont une menace constante pour les jours du hernieux. D'autre part les moyens ordinaires employés pour combattre les hernies, c'est-à-dire les différents systèmes de bandages, outre qu'ils sont très insuffisants, ne sont pas non plus exempts de dangers : leur application est difficile, souvent douloureuse et mal comprise des malades : plus d'une inflammation herniaire reconnaît cette origine. Le taxis lui-même, dans le cas de hernie étranglée, est un moyen souvent inefficace et dangereux.

Quant aux risques de l'opération dans l'état actuel de la science, nous allons voir qu'ils se réduisent à peu de chose. Les dernières statistiques (1) présentées par les opérateurs français (2), sont concluantes à cet égard.

STATISTIQUES : *Hôpital Bichat 1884*. — 3 C. R. de H. = 3 guérisons — (in Bulletin soc. de chir. 1885).

Hôpital Bichat 1886. — Terrier — 11 C. R. de H. = 11 guérisons — (in Union médicale 1887).

(1) Second en 1883 (Cure radicale des Hernies, th. d'Agrég.) a rassemblé 219 cas de C. R. de H. non étranglées, sur lesquels on compte 20 morts, dont cinq de maladies étrangères à l'opération.

Chatard en 1885 (De la Cure radicale des Hernies, th. de Paris 1885) a trouvé 49 opérations nouvelles avec un seul décès.

(2) Les statistiques étrangères ont pour nous moins de valeur que les statistiques françaises, à cause des différences dans le manuel opératoire. Nous croyons cependant qu'il peut être intéressant d'en citer quelques-unes.

Mitchell Banks, devant l'Association médicale Britannique de Dublin, 2-5 août 1887 (Sem. méd. 1887) rapporte avoir pratiqué la C. R. pour 52 H. de dimensions modérées = 1 décès ; 16 H. volumineuses = 4 décès ; 38 H. étranglées = 3 décès.

Maceven (id.) a fait 32 C. R. de H., sans une seule mort.

Ball (id.) sur 22 cas, n'a eu aucun décès.

Socin (de Bâle) au Congrès Français de chirurgie 1888, rapporte avoir fait 75 C. R. de H. non étranglées = 2 morts (les deux cas étaient très défavorables) ; et 85 C. R. de H. étranglées = 11 morts.

Thiriar de Bruxelles (id...) a fait 21 C. R., 14 pour H. non étranglées, et 7 pour H. étranglées ; un seul décès au 16^e jour par suite d'une circonstance indépendante de l'opération (Encéphalite alcoolique).

Johannes Anderegg (*Die Radicaloperation der Hernien*. Leipzig 1886) a fait, de l'opération de C. R. de Hernie, une étude statistique approfondie, citée par M. le prof. Heydenreich (La valeur de l'opération de la cure radicale des hernies, in *Semaine médicale* 1888 p. 269) — En se basant sur un total de 273 observations il évalue la mortalité de la C. R. dans la H. non étranglée à 5. 1 0/10, et trouve que cette mortalité tombe à 1. 6 0/10 chez les sujets de 11 à 40 ans, tandis qu'elle est de 8. 3 0/10 au dessous de 10 ans et de 8. 4 0/10 au dessus de 40 ans. L'âge serait donc un élément important au point de vue du pronostic ; mais la gravité de l'opération dépendrait surtout du volume de la Hernie. Ainsi Anderegg, ayant divisé en trois groupes les Hernies inguinales opérées, arrive à cette conclusion que la mortalité est nulle pour les hernies petites ; elle est de 6. 9 0/10 pour les hernies moyennes et grosses (du volume du poing à celui d'une tête d'enfant), tandis qu'elle atteint 29. 4 0/10 pour les hernies énormes.

Clinique de la Charité 1886-87. — Trélat — 11 C. R. de H., dont 3 pour des H. étranglées = 11 guérisons — (in *Semaine médicale* 1887).

Devant la Société de Chirurgie le 7 décembre 1887, Terrier pouvait dire : « Les cas d'opération de cure radicale de Hernies de Lucas Championnière, de Peyrot, de Segond, de Schwartz, et les miens, atteignent le nombre de 117, et cela sans un seul accident. » (*Semaine médicale* 1887).

Congrès Français de Chirurgie. — Mars 1888. — Trélat en 1887 a réuni au hasard une série de 160 cas de cures radicales sans une seule mort. — Il cite une nouvelle série de 130 cas sans une seule mort également. La même opération a été pratiquée 17 fois dans son service avec autant de succès. Trélat arrive ainsi à un total de 307 opérations dont la mortalité est zéro.

Routier a pratiqué 14 fois la cure radicale, sans aucune terminaison fatale.

Lucas-Championnière, à cette époque, sur 81 opérés n'avait encore à enregistrer qu'un seul décès ; encore s'agissait-il d'une H. très volumineuse chez un emphysemateux emporté de congestion pulmonaire.

J. Boeckel (de Strasbourg) compte deux morts sur 12 opérés, 5 de hernies non étranglées, 7 de H. étranglées.

Segond arrive à 5 décès sur 30 cas, mais notons que c'étaient des cas de hernies étranglées ; sur 14 autres cas de hernies non étranglées, il n'a eu aucun décès.

Hôpital Bichat 1888. — Terrier — 9 hernies étranglées, C. R. = 7 guérisons ; 19 hernies non étranglées, C. R. = 19 guérisons — (in *Bull. soc. de chir.* 1889).

Hôpital St-Louis 1888. — Le Dentu — 12 C. R. de hernies = 12 guérisons — (in Gaz. Hôp. 1889, 28 nov).

Clinique de la Charité 1888-89. — 19 C. R. de hernies. = 19 guérisons — (in Revue de chir. 1889).

Hôpital Bichat 1889. — 27 C. R. de hernies non étranglées = 27 guérisons — (in Bull. soc. chir. 1890).

Hôtel-Dieu de Lyon 1889. — Profes. Antonin Poncet — 4 C. R. de hernies = 4 guérisons — (in Revue de Chirurgie 1889).

Hôpital St-Louis, service des Baraques, mai 1887 à mai 1889 — Lucas-Championnière — 103 C. R. de hernies non étranglées = 103 guérisons — (in Bull. soc. de chir. 1889).

Hôpital de Nancy, 1889-90. — Service de M. le professeur Heydenreich — (Inédite) — 10 C. R. de hernies dont 4 de hernies étranglées = 10 guérisons.

L'examen de ces chiffres indique la grande bénignité de l'opération.

Aussi partageons-nous l'avis de Richelot lorsqu'il dit que l'opération de cure radicale « si elle est faite par un opérateur qui connaît bien et applique sans réserve les progrès actuels de la chirurgie, est bénigne dans les cas simples, et offre peu de dangers dans les autres; c'est donc une opération légitime et dont les indications peuvent s'étendre... »; et ailleurs: « la chirurgie actuelle est assez sûre d'elle-même pour corriger des infirmités et prévenir des accidents; elle n'en est plus réduite à soulager des moribonds ».

Il est des cas nombreux où l'indication d'opérer se présente d'une façon formelle.

1° La première de ces indications c'est *l'étranglement herniaire*. En effet puisqu'alors le chirurgien doit forcément intervenir, c'est le cas où jamais de tenter la cure radicale; les risques opératoires n'étant pas sensiblement plus graves pour une opération radicale que pour une simple kilotomie, ainsi que le prouve l'examen de nos statistiques : 176 C. R. de H. étranglées = 155 guérisons (Heydenreich, Terrier, Trélat, Segond, Banks, Socin, Thiriar). Cette pratique est d'ailleurs généralement adoptée : les observations suivantes nous en fourniront des exemples.

Observation XIII (Personnelle). — Hernie inguinale droite irréductible d'emblée. — Symptômes d'étranglement. — Cure radicale, guérison. — (Opération faite par M. le professeur agrégé Rohmer. Service de M. le professeur Heydenreich).

Le nommé P..., 64 ans, ouvrier en pianos ; travail peu fatigant. Sous l'influence d'un effort, le 2 octobre 1889, production brusque d'une hernie inguinale droite. — La hernie est irréductible d'emblée et s'accompagne de douleurs très vives. Le taxis est inutilement pratiqué. Les douleurs continuent. Le malade entre à l'hôpital le 9 octobre. L'irréductibilité et la douleur persistent. Constipation opiniâtre ; vomissements fécaloïdes pendant la nuit. Ce sont des symptômes d'étranglement. L'opération est décidée et faite le 10 octobre.

La tumeur du volume d'un œuf de poule est incisée suivant son grand axe. On arrive sur le sac. Dissection puis ouverture du sac. On trouve une anse intestinale très rouge qui ne peut se réduire par le taxis. Une petite incision libératrice comprenant le collet du sac est faite à l'angle supéro-externe de l'anneau inguinal. L'intestin est alors facilement réduit. Traction sur le sac. Ligature avec un gros fil de soie au-dessus de la petite incision du collet, puis résection sous la ligature. Lavage antiseptique.

tique. Suture de la peau. Drain à la partie supérieure. Pansement iodoformé. Compression par le bandage. Soir T. 38°,2.

La nuit est calme. Les douleurs sont calmées.

11 octobre : matin, T. 37°8. Le malade se sent bien portant. — Soir, T. 37°6.

14 octobre. Premier pansement. La réunion par première intention s'effectue bien. Pas de suppuration. La température est normale. Dans les premiers jours de novembre le malade quitte l'hôpital complètement guéri.

Observation XXIV (Personnelle). — **Hernie crurale droite étranglée. Cure radicale.** — (Opération faite par M. le professeur agrégé Rohmer. Service de M. le professeur Heydenreich).

S..., 72 ans, arrive de l'hospice des vieillards de St-Julien. Présente une hernie crurale droite irréductible, de la grosseur d'un œuf de poule, datant de deux ans. Le malade n'a jamais porté de bandage. Sa hernie indolore ne l'empêchait pas de s'occuper à l'hospice. Le 14 octobre 1889, sa hernie devint subitement douloureuse puis très dure. Coliques. Pas de vomissements.

Le 16, la douleur persiste, la hernie est très sensible à la pression. Le taxis demeure impuissant; constipation opiniâtre. Il y a un début d'étranglement. L'opération est décidée et faite le 16.

Opération. — Incision cutanée. Dissection du sac. Ouverture puis débridement par une petite incision sur le collet et la partie interne de l'anneau crural. L'intestin hernié est réduit. Trac-tion sur le sac. Ligature du collet au-dessus de l'incision libératrice, puis résection du sac. Suture de la peau. Drain à l'angle inférieur de la plaie. Pansement iodoformé. Bandage compressif.

T. soir, 37°,8.

17 octobre, T. matin 37°,7; soir 37°9.

Les jours suivants la température reste normale. Réunion par

première intention, sauf quelques gouttes de pus à l'angle inférieur de la plaie. Le malade est complètement guéri dans le milieu du mois de novembre.

Observation XXV. — Hernie crurale droite étranglée. — Cure radicale. — Guérison. — (Observation recueillie à la clinique de M. le professeur Heydenreich. (Inédite.)

A... 34 ans, entrée à l'hôpital le 20 février 1890.

La hernie remonte à huit ans. Jusqu'ici elle était facilement réductible. Il y a cinq jours la hernie sortit brusquement pendant un effort de la malade, qui ne put la rentrer ; elle devint douloureuse. Vomissements ; les gaz et les matières fécales ne passent plus, le taxis est essayé inutilement.

Dans la région crurale droite, on remarque une tumeur dure du volume d'un œuf de poule ; la peau est rouge à ce niveau.

L'opération est décidée.

Opération le 20 février. — Chloroforme, incision de la peau sur la tumeur : ouverture du sac. On trouve une masse épiploïque, et, au-dessous, une anse intestinale herniée de couleur rouge sombre, sans ecchymose ni ulcérations ; l'intestin est adhérent à l'épiploon. Débridement de l'anneau crural en dedans ; destruction des adhérences avec les ciseaux et les doigts ; excision de la masse épiploïque et ligature du pédicule par trois fils de soie. Isolement du sac qui est attiré hors de l'anneau, lié au-dessus du collet et reséqué.

Fermeture de la plaie au fil d'argent. Pansement antiseptique compressif.

Les suites de l'opération sont simples ; la malade quitte l'hôpital le 7 mars entièrement guérie.

Observation XXVI. — Hernie crurale droite étranglée. — Cure radicale. — Guérison. (Observation recueillie à la clinique de M. le professeur Heydenreich, inédite.)

X..., 54 ans, entrée à l'hôpital le 29 avril 1890.

La hernie existe depuis une vingtaine d'années, elle était réductible et contenue par un bandage.

Il y a dix jours, premiers symptômes d'étranglement. Le taxis fut infructueusement pratiqué ; mais la hernie rentra seule après douze heures.

Il y a cinq jours, nouveaux symptômes d'étranglement. Le taxis est vain : la hernie rentre au bout de vingt-quatre heures d'application de glace.

Enfin, hier 28 avril, troisième étranglement qui ne cède pas aux manœuvres du taxis. C'est à ce moment que la malade se décide à entrer à l'hôpital.

L'opération est pratiquée le 29 avril.

Opération. — Chloroforme. La tumeur herniaire qui a dix centimètres de long sur six centimètres de large, est incisée ; le sac est ouvert et laisse voir une ansé intestinale volumineuse, dont le mesentère est ecchymotique ; après un taxis long et difficile, on parvient à réduire l'intestin. Le sac est alors isolé, attiré autant que l'on peut, et excisé après une ligature entortillée au catgut, au niveau du collet. Sutures de la peau aux crins de Florence. Drainage. Pansement antiseptique.

La malade est entièrement guérie le 9 mai et quitte l'hôpital.

Observation XXVII. — Hernie inguinale étranglée. — C. R. — Guérison. — H. Delagenière, in *Bulletin médical*, 1889, p. 1504.

Observation XXVIII. — Hernie inguinale droite étranglée. — C. R. — Guérison. — Walther, in *Bulletin médical*, 1889, p. 1425.

Observation XXIX. — Hernie inguino-scrotale volumineuse étranglée. — C. R. — Guérison. — Defontaine, *Gazette des Hôpitaux*, 1259. 89, p.

Observation XXX. — Hernie scrotale gauche étranglée. — C. R. — Guérison. — Houzel, Soc. de Chir., 1886, 29 décembre. — In *Bulletin soc. de Chir.*, p. 945.

Observation XXXI. — Hernie crurale étranglée. — C. R. — Guérison. — Barette, Société médico-pratique. — In *Union médicale*, 1887, p. 908.

Observation XXXII. — Note sur un cas de volumineuse hernie ombilicale étranglée. — C. R. — Guérison. — (Rapportée par Jeannel) *Revue de Chirurgie*, 1890, p. 33.

2° *Lorsque la hernie est irréductible*, il faut aussi intervenir. Cette complication, en effet, ne peut être traitée par les moyens ordinaires. Elle constitue, de plus, une infirmité gênante et douloureuse. Les malades, dans ce cas, viendront souvent d'eux-mêmes réclamer le traitement chirurgical. Mais il est de la plus grande importance de ne pas différer l'opération, sous peine de voir la hernie contracter des adhérences fâcheuses. Les deux observations suivantes vont nous fournir un bel exemple des avantages de l'intervention précoce sur l'intervention tardive.

Observation XXXIII (inédite). — **Hernie inguinale droite irréductible.** — **Cure radicale.** — **Guérison.** (Observation due à l'obligeance de M. le docteur Régnier, médecin-chef de l'hôpital militaire de Nancy).

W..., soldat au 26^e de ligne, arrivé au régiment depuis 4 mois, entré à l'hôpital militaire de Nancy le 10 mars 1889 pour une hernie inguinale droite irréductible : sous l'influence du repos et de la glace appliquée pendant trois jours, la hernie se réduit. Le malade n'avait présenté aucun signe d'étranglement, mais la hernie avait donné lieu dans des circonstances antérieures à des accidents d'irréductibilité qui avaient alarmé le malade et le médecin. Je proposai l'homme pour la réforme qui fut prononcée, et lui offris de lui pratiquer la cure radicale qu'il accepta.

Opération. — Le 19 mars, après avoir pris toutes les précautions antiseptiques, je pratique sur la tumeur herniaire une incision longitudinale de 0^m,003 de longueur, puis j'incise couche par couche jusqu'à ce que j'arrive sur le sac herniaire. Je tire légèrement sur le collet du sac, puis j'applique des pinces parallèlement au cordon et atteignant la partie la plus élevée du sac. Selon la méthode de Lucas-Championnière, je

plaçai trois points de suture en chaînette au catgut qui fermèrent le collet du sac à son origine et le long du cordon. Je reséquai les parties du sac qui débordaient les sutures, et je réunis, par première intention, sans laisser de drain dans la plaie.

Le deuxième et le troisième jour le malade eut un peu de fièvre, 38°,5; je défis le pansement et j'appliquai un petit drain à la partie la plus déclive du scrotum. Il s'était formé une goutte de pus à la partie inférieure du scrotum, mais dès le cinquième jour le malade avait 37°,2 de température. L'absence de drain, la soie qui avait servi aux sutures de la peau et qui n'était pas suffisamment aseptique, avaient suffi pour déterminer cette élévation de température.

A part cet incident tout se passa très bien, et au bout de 30 jours le malade sortait complètement guéri et satisfait du résultat de l'opération.

Observation XXXIV. — Hernie inguinale volumineuse irréductible. — Opération très laborieuse et suivie de mort. (Opération faite par Trélat).

Il y a neuf ans, j'étais consulté par un jeune homme alors âgé de 23 ans, gros, gras, riche, dont la vie, disait-il, était empoisonnée depuis plus de dix ans par une hernie inguinale volumineuse, grosse comme le poing et irréductible. J'examine avec soin le malade et je commence le traitement par la diète, le repos et les purgatifs, puis je pratique le taxis et réussis à faire rentrer totalement sa hernie. Je lui prescrivis l'application d'un bandage contentif bien fait. Néanmoins, le lendemain la hernie sort de nouveau, ce que voyant, je lui fais mettre une pelote très large et très puissante. Désireux de se guérir, il n'a garde de s'en séparer, la porte très régulièrement et quitte Paris enchanté d'être débarrassé de son infirmité.

Quelques années se passent, il se marie; alors, adieu pelotes et bandages, la hernie sort de nouveau et notre homme de consulter le médecin du pays, mais la hernie est irréductible. Mon

malade accourt à Paris, vient me voir de nouveau, je recommence le même traitement, l'irréductibilité persiste, elle est absolue. Le malade me supplie de l'opérer. J'entreprends la cure radicale. C'était en 1883. Je tombe sur une hernie des plus difficiles, des plus compliquées; l'épiploon a contracté des adhérences et je trouve, à la face postérieure de la hernie, une portion de l'intestin gênée par les adhérences épiploïques; des accidents graves se déclarent après l'opération et entraînent la mort.

« C'est là un fait, ajoute Trélat, qui m'a fort impressionné; aussi depuis ce jour, j'ai été convaincu qu'il devait y avoir une autre thérapeutique à entreprendre et qu'il ne s'agissait plus de perdre un temps précieux à réduire la hernie et à appliquer des bandages contents puissants, mais qu'il était nécessaire d'intervenir de suite, immédiatement, chirurgicalement, c'est-à-dire en pratiquant la cure radicale de la hernie.

C'est là pour moi, je le répète, appliquée en temps opportun une excellente opération, car elle soustrait les malades à toute éventualité ultérieure grave; je le répète en terminant, que toute hernie, qui n'est pas *constamment, complètement et facilement* contenue par un bandage, est susceptible de la cure chirurgicale(1) ».

Observation XXXV. — H. congénitale énorme et irréductible.

— C. R. — Polaillon. — Soc. de chir. 29 avril 1885 (*in Union medic* 1885, p. 758).

Observation XXXVI. — H. ing. droite; entero-épiplocèle. —

Accidents inflammatoires. — H. irréductible. — C. R.; guérison. — Lucas-Champ. — *De la cure des hernies*, p. 105.

(1) Gaz. hôp. 1888. N° 104.

Observation XXXVII. — H. ing. gauche irréductible, douloureuse. — Ulcérations, bronchite chronique. — C. R. guérison. — Lucas-Champ., in *Semaine med.* 1887, p. 325.

Observation XXXVIII. — H. ing. gauche irréductible. — C. R. guérison. — Lucas-Champ., id.

Observation XXXIX. — H. ombilicale irréductible. — C. R. guérison. — Lucas-Champ., id.

Observation XL. — H. omb. énorme, irréductible, donnant des accidents sans cesse (vomissements, douleurs). — C. R. extirpation de 573 grammes d'épiploon, guérison. — Luc. Champ., id.

Observation LXI. — Hernie épiploïque et intestinale irréductible. Cure radicale. — Guérison. (Observation recueillie à la clinique de M. le professeur Gross, par M. Lenez, interne).

Ch... Victor, âgé de 39 ans, cocher, entre au service le 7 fév. 1887.

En 1869, à la suite d'un violent effort, cet homme se sentit piqué dans l'aîne gauche; mais il n'y fit pas attention sur le moment. Ce n'est que le lendemain qu'il remarqua l'existence d'une tumeur grosse comme une noix, siégeant dans l'aîne gauche, et qui lui causait une douleur continue assez vive. Il se fit visiter par le médecin du régiment dans lequel il servait alors; celui-ci lui dit qu'il avait une hernie et lui prescrivit un bandage. Le malade porta d'abord ce bandage d'une façon continue, puis ne l'appliqua plus que fort irrégulièrement, et la tumeur primitive ne fit que grossir, en produisant encore de temps en temps des douleurs. Les choses restèrent dans cet état jusqu'il y a trois semaines; la tumeur rentrait et sortait alternativement, elle avait le volume d'un petit œuf.

Il y a trois semaines, la tumeur augmenta rapidement de volume et le malade ne put plus la faire rentrer. En même

temps, il éprouvait des coliques sans diarrhée, et un malaise général, perte d'appétit, fièvre. Ces phénomènes généraux durèrent pendant trois ou quatre jours durant lesquels le scrotum était rouge, tendu, sensible à la pression, puis tous ces accidents disparurent peu à peu, sauf la tuméfaction indolente du scrotum qui persiste encore aujourd'hui.

Etat actuel. — La moitié gauche du scrotum est tuméfiée; elle a le volume d'un œuf de dinde. La peau est flasque, plissée, sans changement de couleur. La forme de la tumeur est très irrégulière et variable suivant la position que l'on donne aux bourses. La consistance en est mollassse, vaguement rénitente, très inégale, présentant des points durs comme des ganglions au milieu de parties moins consistantes. En faisant glisser la tumeur entre les doigts, on éprouve une sensation de frottement; on a la même sensation lorsque l'on fait tousser le malade, et on saisit le pédicule de la tumeur. Celle-ci se continue, en effet, par en haut dans le canal inguinal, sous forme d'un pédicule de l'épaisseur du doigt, inégale, bosselé, qui gonfle et durcit au moment de la toux. Il n'y a ni sonorité, ni transparence. Les testicules sont intacts et occupent leur place habituelle; l'état général est bon.

Diagnostic : Hernie épiploïque irréductible.

Opération. — 8 mars. — Chloroformisation; précautions antiseptiques habituelles. Incision longitudinale de 8 centimètres sur la face antérieure du scrotum à partir de l'anneau inguinal. Incision couche par couche sur la sonde cannelée des plans sous-jacents jusqu'au péritoine. Incision de cette membrane qui est un peu épaissie; l'épiploon fait aussitôt saillie entre les lèvres de la plaie, et sort bientôt tout entier au dehors; il n'y a pas d'adhérences. En soulevant la masse on aperçoit au-dessous et en arrière de son pédicule, une anse intestinale qu'on refoule facilement dans la cavité abdominale; le petit doigt pénètre facilement dans l'anneau inguinal. Pendant que la main d'un aide comprime légèrement le canal vers sa limite supérieure, on procède à la ligature du pédicule épiploïque moyennant cinq fils de

soie phéniquée enchainés, puis on resèque la masse épiploïque. (L'épiploon reséqué pèse 252 grammes). Le pédicule se réduit de lui-même, et rentre dans la cavité abdominale. A ce moment se présente de nouveau l'anse intestinale primitivement herniée ; c'est une partie du gros intestin. Un appendice graisseux volumineux qu'elle porte, montrant une grande tendance à se représenter sans cesse dans l'orifice inguinal, est reséqué, après avoir été lié à la base par deux fils de soie enchainés.

On procède ensuite à l'isolement du sac herniaire, facilité par l'absence d'adhérence pathologique de celui-ci. Pédiculisation et ligature de la limite toute supérieure du sac, par deux fils de soie enchainés (procédé de Lucas-Champ.). Résection du sac. Ligature au catgut des quelques artérioles des téguments. Suture de ceux-ci au moyen de fils d'argent à points séparés ; on passe un drain à la partie moyenne de l'incision. Pansement à la gaze iodoformée, au coton salycilé et à l'ouate ordinaire, le tout assujéti par un bandage de tarlatane mouillée.

Les suites de l'opération ont été des plus simples : quelques douleurs abdominales pendant les deux premiers jours. Pendant les trois premiers jours la température se maintient de 37°,5 à 37°,7. A partir de là, elle ne dépasse plus 37°.

Les premiers gaz ont été expulsés le cinquième jour. Un lavement provoque une selle le matin du sixième jour.

Le 18 mars (8^e jour) on lève le pansement, et l'on retire les fils de suture et le drain ; la réunion est assurée.

Le 23 mars, le trajet du drain est cicatrisé. Etat général excellent.

27 avril. — Le malade, muni d'un bon bandage, quitte l'hôpital.

La guérison ne s'est point démentie depuis.

Depuis un an, l'opéré ne porte plus de bandage.

Observation XLII. — Epiplocèle tuberculeuse irréductible. —

Cure radicale. — Guérison. (Observation recueillie à la clinique de M. le professeur Gross, par M. Riche, interne).

E. D..., 12 ans 1/2, apprenti menuisier, entre à la clinique le 6 mai 1889. Pas d'antécédents héréditaires. Bonne santé habituelle. Il y a deux mois, il s'aperçut que la partie gauche des bourses devenait plus volumineuse. Celle-ci continua à s'accroître peu à peu.

Etat actuel. — 24 mai. — Garçon assez bien développé pour son âge, mais pâle et lymphatique. Le testicule droit est en ectopie inguinale. La partie gauche des bourses est occupée par une tumeur allongée en forme de boudin. A la partie inférieure on sent nettement le testicule. Au-dessus est une tumeur assez régulière, fluctuante, mate et transparente, avec une partie plus dure. Au-dessus encore on sent comme un paquet de ficelles. En faisant des tentatives de réduction, il semble qu'environ la moitié de la tumeur se réduit, en produisant un vague bruit de gargouillement ; le reste est *irréductible*. La tumeur augmente par la station debout. Elle n'est pas douloureuse. Tous les organes fonctionnent normalement.

Diagnostic : Epiplocèle irréductible.

Opération le 25 mai. — Anesthésie chloroformique. Précautions antiseptiques habituelles. Incision suivant le grand axe de la tumeur. Après avoir traversé plusieurs feuillets, on tombe sur le sac. On l'énuclée, puis on l'incise. Il contient un liquide citrin, pas d'intestin, mais de l'épiploon. Cet épiploon est rouge, épaissi et farci de granulations tuberculeuses. La partie inférieure a subi une dégénérescence kystique.

On resèque l'épiploon aussi loin que possible, après l'avoir étreint dans une double ligature avec fils de catgut enchaînés. On décolle le sac aussi loin que possible dans l'anneau. On y place une ligature enchaînée au catgut et on le resèque. La vaginale testiculaire est indépendante. On suture au catgut les

feuillets sous-cutanés, et la peau au crin de Florence, sans drainage.

Pansement : Gaze iodoformée et coton salicylé ; compression au moyen de coton ordinaire enveloppant tout le bassin et assujetti par des bandes de tarlatane humide.

Champagne et glace. — L'enfant a vomi dans la journée ; il ne se plaint pas. Apyrexie.

26 mai. — Quelques douleurs abdominales. Œdème du prépuce, dû à un peu d'étranglement de la verge par le pansement. On lève un peu le pourtour de la verge. En somme l'enfant va bien, il y a apyrexie complète.

L'œdème du prépuce disparaît les jours suivants.

13 juin. — En défaisant le pansement, on constate que la guérison est complète. On ôte les fils et on remet un pansement protecteur pendant quelques jours.

23 juin. — L'enfant quitte l'hôpital guéri et sans bandage. Il n'a pas été revu depuis.

3^e Dans le cas de *hernie incoercible*, l'intervention est justifiée par le fait même de l'impuissance des moyens ordinaires de contention. Tel est le cas de quelques-unes des observations que nous avons déjà citées ; tel est encore le cas des suivantes.

Observation XLIII. — Hernie inguinale droite incoercible. Cure radicale. (Opération faite par M. le professeur agrégé Rohmer. Clinique de M. le professeur Heydenreich).

L..., âgé de 48 ans, entré à l'hôpital le 30 mars 1890.

Le malade est porteur, depuis seize ans, d'une volumineuse hernie inguinale. Jamais il n'a porté de bandage, aussi la hernie s'est-elle accrue petit à petit, jusqu'à acquérir le volume actuel, qui est celui d'une tumeur de deux litres environ de contenance.

Jamais le malade n'a éprouvé de douleur, mais depuis trois mois, la hernie a rapidement augmenté, est devenue incoer-

cible, la verge s'efface; c'est ce qui le pousse à se faire débar-rasser de son infirmité.

Opération 1^{er} avril 1890. — Section longitudinale du scrotum sur la tumeur. Réduction de la hernie. Dissection fine du sac jusqu'au pédicule. Ligature du pédicule au fil de soie. Résection du sac; les éléments du cordon sont lésés pendant cette résec-tion, ce qui oblige à enlever le testicule. La peau du scrotum, énormément distendue par l'ancienne tumeur, est en partie reséquée. Sutures du scrotum par vingt-deux fils de Florence. Drainages à la partie inférieure. Pansement iodoformé com-pressif.

8 avril. — La guérison s'effectue normalement. Enlèvement des fils. Il n'y a pas de suppuration; la température est restée normale.

5 mai. — Le malade sort de l'hôpital guéri.

Observation XLIV. — Hernie inguinale droite incoercible. —

Cure radicale. — (Observation recueillie à la clinique de M. le pro-fesseur Heydenreich).

L..., âgé de 54 ans, entré à l'hôpital le 23 avril 1890.

Le malade est porteur de deux hernies inguinales, qui se sont développées peu à peu, la gauche depuis 18 ans, la droite depuis 7 ans.

Depuis 2 ans les tumeurs sont incoercibles et occasionnent de temps à autre des douleurs.

Il y a 3 jours la hernie droite a présenté des phénomènes d'étranglement, irréductibilité, douleur, accompagnés de vomis-sements, symptômes qui céderont à l'application d'une vessie de glace: ces phénomènes joints à l'incoercibilité habituelle de la hernie, déterminent le malade à se faire opérer.

Opération 28 avril. — Incision du scrotum sur une longueur de 7 centimètres; réduction de la hernie. Le sac est isolé, attiré fortement hors de la cavité abdominale, puis lié au-dessus de son collet par une suture entortillée. Résection du sac; on peut alors voir le moignon attiré en haut par sa propre élasticité,

aller se perdre dans le péritoine abdominal. Suture de la peau au crin de Florence. Drainage. Pansement antiseptique humide.

29 avril. — Le malade va bien, la température est normale.

10 mai. — Un petit abcès s'est déclaré dans la partie médiane de la cicatrice, ce qui occasionne quelques troubles généraux.

13 mai. — Le malade veut quitter l'hôpital, il y a encore lieu de conserver un pansement pendant quelque temps.

Ce malade revu quelque temps après, est entièrement guéri, et manifeste l'intention de faire opérer sa hernie gauche.

Observation XLV. — Grosse hernie épiploïque inguinale gauche, congénitale incoercible. — C. R. — Guérison. — Lucas-Championnière. — In Bull. soc. de Chir., 1885, p. 767.

Observation XLVI. — Hernie inguinale volumineuse et incoercible. — C. R. — Guérison. — Nicaise. — Soc. de chirurg., 26 mai, 1886. — In Revue de chir., 1886, p. 528.

Observation XLVII. — Hernie scrotale énorme, incoercible, descendant jusqu'aux genoux. — C. R. — Guérison. — Polaillon. — Soc. de chirurg., mai 1885. — In Revue de chirurg., 1885, p. 517.

Observation XLVIII. — Hernie inguinale entéro-épiploïque incoercible. — C. R. — Guérison. — Zancarol, d'Alexandrie. — Soc. de chirurg., février 1890. — In Bull. soc. de chirurg., 1890, p. 147.

4° Quand la hernie se complique de *douleurs essentielles* sérieuses et persistantes l'opération est souvent le moyen d'apporter au malade le soulagement qu'il réclame. Ajoutons que dans ces cas le bandage n'est généralement pas supporté. .

Observation XLIX. — Hernie inguinale s'accompagnant de névralgie intense du testicule. — C. R. (Opération faite par Polaillon).

Le malade est un homme de 21 ans. Hernie inguinale gauche descendant dans le scrotum, du volume du poing. Névralgie intense du testicule et du cordon de ce côté. (Hernie réductible).

Port du bandage impossible en raison des névralgies testiculaire et funiculaire.

Opération, mai 1883. — Incision de la peau du scrotum remontant jusque sur la paroi abdominale. La hernie s'est complètement réduite, on ne rencontre plus de sac. Les piliers sont réunis par deux points de suture au fil d'argent, l'anneau est ainsi oblitéré. Réunion des lèvres de la plaie par 4 points de suture. Réunion par première intention.

Résultat. — La névralgie testiculaire et funiculaire disparut d'abord complètement, mais lorsque le malade commença à se tenir debout et à marcher, elle revint à un faible degré. Actuellement (30 août) la hernie est guérie, le testicule est moins douloureux et l'opéré peut supporter un bandage herniaire, conseillé pour permettre aux adhérences de se consolider et de prévenir la récurrence.

Observation L. — Hernie crurale gauche douloureuse et irréductible ; impossibilité d'appliquer un bandage. — C. R. — Amélioration. — Luc-Champ., *De la cure radicale des hernies*, p. 101.

5° A côté de ces indications, on peut ajouter, avec Lucas-Championnière, *l'ectopie testiculaire avec hernie congénitale*. Car il est reconnu que l'ectopie testiculaire s'accompagne assez fréquemment des complications dont nous venons de parler, à savoir l'étranglement, l'irréductibilité, l'incoercibilité et la douleur.

En dehors de ces indications qui nous paraissent formelles, le chirurgien décidera la conduite à tenir en présence de *hernies bénignes en apparence*, réductibles et peu développées; *certaines complications* telles que la présence d'un vaste épanchement dans le sac, ou bien encore un *état pathologique concomittant*, asthme, emphysème, lésions du tube digestif, etc., serviront de base à son jugement.

C'est ainsi que nous considérons l'opération comme excessivement utile dans le cas du malade suivant atteint simultanément d'ulcère stomacal, de dyssenterie chronique et de hernie double.

Observation LI (personnelle). — **Hernie inguinale double accompagnant diverses lésions du tube digestif. — Cure radicale** (Opération faite par M. le professeur agrégé Rohmer, service de M. le professeur Heydenreich).

François C..., 38 ans, marcaire, entre à l'hôpital le 26 septembre 1889. A l'âge de 21 ans, a passé trois années en Afrique. Accuse depuis cette époque plusieurs accès de dyssenterie. Il y a deux ans, douleurs vagues dans l'abdomen, en particulier au niveau de la région inguinale droite; crampes d'estomac fréquentes, vomissements après les repas, plusieurs vomissements de sang noir comme du marc de café. Il y a un an, en courant, eut tout-à-coup au niveau du pli inguinal droit la sensation d'une rupture, puis d'un poids qui lui descendit dans les bourses en même temps qu'il constatait l'apparition d'une tumeur scrotale. Douleur extrêmement vive. La tumeur persista quoique réductible et maintenue par un bandage. Les douleurs continuèrent, non-seulement dans l'aîne droite, mais encore du côté gauche et dans tout l'abdomen. C'est dans ces conditions qu'impotent, incapable de travailler, il se décide à entrer à l'hôpital. On constate l'existence d'une hernie inguinale droite de grosseur moyenne et réductible, et d'une pointe de hernie à gauche.

L'opération de cure radicale est proposée et acceptée. Pratiquée le 28 septembre 1889. Du côté droit, incision de la peau sur la tumeur d'une longueur de huit centimètres; dissection puis ouverture du sac; réduction de l'intestin; ligature du collet et extirpation du sac; lavage sublimé; pas de suture des piliers, les parois du trajet peu larges pouvant être rapprochées au moyen d'une légère compression. Suture de la peau, pansement iodoformé.

Du côté gauche où se trouve la pointe de hernie, incision de la peau sur une longueur de 5 à 6 centimètres au niveau de l'anneau inguinal. Le sac herniaire, très peu volumineux, est détaché avec soin de ses adhérences aux parois du trajet. Celles-ci, cruentés par la dissection, vont pouvoir se réunir et devenir le siège d'une cicatrice. Lavage antiseptique; suture de la peau; pansement iodoformé. Un spica doublé assure la compression des deux côtés.

T. soir, 88°,1.

29 septembre T. matin, 38°; le ventre est légèrement ballonné, le malade abattu; thé au rhum, lait. T. soir, 38°,4.

30 septembre T. matin 37°,8; le malade a vomi environ 200 grammes d'un liquide contenant des filaments noirs semblables à du marc de café; l'épigastre est sensible à la pression; point xyphoïdien, douleur dorso-lombaire: il existe sans doute un ulcère rond de l'estomac.

Les jours suivants l'apyrexie se maintient; le malade n'accuse plus de douleurs inguinales; persistance des douleurs épigastriques. Pas de suppuration. Le 15 octobre le malade se lève, il n'y a plus trace de hernie.

Dans le cas suivant, la présence d'un volumineux épanchement dans le sac fut la raison de l'opération.

Observation LII. — (Inédite). **Hernie inguinale droite compliquée d'épanchement.** (Observation recueillie à la clinique de M. le professeur Heydenreich).

M. B., journalier, 28 ans, est porteur depuis l'âge de 10 ans d'une tumeur scrotale qui augmenta progressivement jusqu'à acquérir en août dernier le volume du poing. A partir de cette époque, la tumeur augmente rapidement, et dans l'espace de huit jours devient très volumineuse. Indolore spontanément; le malade continue à travailler malgré la gêne qu'il éprouve. La tumeur s'enflamme vers le 15 octobre. L'inflammation cède à l'influence d'un traitement médical.

Entre à l'hôpital le 2 novembre 1889. Tumeur irréductible de

la grosseur de deux poings, occupant la moitié droite du scrotum, et se prolongeant en haut dans le canal inguinal. Fluctuation très nette à la partie supérieure, assez obscure dans la partie inférieure. Le testicule est reconnu vers le fond du scrotum.

Opération le 6 novembre. Chloroforme; ponction donnant 250 grammes d'un liquide citrin; la tumeur n'a pas complètement disparu. On fait l'incision: on tombe sur un sac herniaire avec épiploécèle volumineuse. Adhérences intimes de l'épiploon au niveau de l'anneau inguinal. Résection de l'épiploon au-dessous de l'anneau après ligature au fil de soie. Résection et suture du sac au catgut, suture de la peau, après avoir observé toutes les précautions antiseptiques. Drainage. Pansement iodoformé.

8 novembre. — 1^{er} pansement. Issue d'une certaine quantité de pus par la plaie opératoire.

13 décembre. — Le malade va bien, la plaie est presque cicatrisée.

25 décembre. — Le malade est guéri et quitte l'hôpital.

Observation LIII. — Hernie scrotale réductible, accompagnée de varicocèle et d'hydrocèle. — C. R. — Guérison. — Lucas-Championnière. — Congrès Français de chirurgie 10 avril 1885. (*Revue de chirurgie*, 1885, page 416).

Si au contraire la hernie petite et réductible dont nous venons de parler est exempte de toute complication, l'opération ne s'imposera plus, et dans ce cas nous conseillons l'expectation.

Certains états diathésiques ou aigus dans un degré avancé, tels que le diabète, l'albuminurie, la tuberculose, la cachexie en général, l'alcoolisme, sont des contre-indications formelles.

Ajoutons que l'extrême vieillesse et la première enfance contre-indiquent l'opération.

CHAPITRE V

DES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

Faire une opération capable d'atteindre les parties les plus profondes, telle est la caractéristique de la méthode que nous préconisons. Notre but, en effet, est d'obtenir une cicatrice qui intéresse toute l'épaisseur de la paroi abdominale, et obture en totalité le trajet herniaire.

Toute cicatrice qui ne remplit pas ces conditions, celle, par exemple, qui résulte d'une opération plus ou moins superficielle, risquera d'être trop faible pour supporter l'effort de la pression intra-abdominale. Aussi, la plupart des récidives peuvent-elles être imputées à l'insuffisance du procédé employé. Lucas-Championnière qui a bien soin de porter son intervention le plus profondément possible, conseille même à ses malades de se munir au début d'un bandage spécial pour soutenir la cicatrice, et lui donner le temps d'acquérir par elle-même une force de résistance suffisante. La plupart des opérateurs recommandent, dans les mêmes conditions, le port d'un bandage ordinaire que le malade pourra plus tard abandonner.

Nous voudrions fournir ici la statistique précise des résultats éloignés ; mais malheureusement, le plus souvent, les opérés échappent à l'observation ultérieure

qui seule permettrait de constater la guérison. Enfin, une autre raison, c'est que les procédés opératoires employés par les divers chirurgiens ne répondent pas à un type uniforme (1).

Ces réserves faites, nous citerons néanmoins les chiffres suivants :

Lucas-Championnière affirme avoir eu peu de récidives chez ses nombreux opérés : « Je n'en ai vu, dit-il (2), aucune à une époque rapprochée de l'opération. J'en connais une après dix mois pour une opération incomplète ; encore le bénéfice de l'opération est resté considérable. J'en connais une autre pour une hernie énorme après quinze mois, chez un individu qui aurait dû, selon moi, ne pas quitter son bandage, et qui l'avait abandonné. En revanche, deux opérés de 1881 sont encore en excellent état, et plusieurs opérés revus après 15 et 20 mois sont en état de plus en plus satisfaisant. »

Jules Boeckel, sur 10 cas, n'a constaté que deux récidives chez ses malades observés de 1 à 5 ans après l'opération.

Routier a pu revoir 6 de ses malades sur 14. Le plus récent date de 15 mois ; tous les 5 sont guéris et sans récidive.

Segond a suivi un assez grand nombre de ses opérés.

(1) C'est pourquoi les statistiques données par Segond (1883), 44 récidives sur 113 cas ; par Chatard (1885), 8 récidives sur 37 cas, composées d'éléments très divers, ne peuvent avoir pour nous que peu de valeur.

Anderegg (1886), sur 105 opérés de Socin, note 41 récidives.

(2) Lucas-Championnière. — *Cure radicale de la Hernie sans étranglement*. (*Semaine médicale*, 1887, p. 325).

Il affirme que tous ceux qui, dans les premiers temps, ont porté le bandage, ont conservé un réel bénéfice de leur opération.

Comme il ressort de ces chiffres, la récurrence se rencontre quelquefois ; mais ainsi que le fait observer Richelot, cette récurrence n'a rien de comparable avec la première hernie et ses conséquences. Même alors, nous avons obtenu un bénéfice réel. En effet, à ces hernies volumineuses, irréductibles, incoercibles, douloureuses, nous avons substitué une hernie qui ne présente plus aucun de ces caractères. Nous avons donc transformé une hernie grave en hernie bénigne. N'est-ce pas déjà, dans les cas les moins heureux, un réel service rendu au malade ? Enfin, lorsqu'on aura rempli toutes les indications opératoires, on aura toutes les chances possibles d'obtenir une guérison radicale. Aussi croyons-nous avec Richelot que les avantages de l'opération justifient amplement l'intervention du chirurgien dans les conditions que nous avons établies dans le courant de ce travail.

CONCLUSIONS

1° La présence d'une *fossette péritonéale* au niveau d'un *orifice de la paroi* abdominale constitue le point de départ ordinaire des hernies.

2° Supprimer la fossette péritonéale et obturer complètement le trajet herniaire, telles sont les deux conditions que doit remplir l'opération de cure radicale.

3° La suppression de la fossette s'obtient par une opération profonde.

4° L'obturation du trajet s'obtient par des artifices opératoires spéciaux, la nature fibreuse de ses parois s'opposant à leur accollement direct.

5° Parmi les chirurgiens modernes, les uns se contentent d'une opération superficielle ; les autres recherchent une opération plus profonde. La méthode qui nous paraît la plus complète dans l'état actuel de la science, est celle employée par Lucas-Championnière, et qui peut servir de type général.

6° Il est indispensable d'observer rigoureusement les règles de l'antisepsie.

7° L'indication d'opérer nous semble formelle dans les cas suivants : étranglement, irréductibilité, insensibilité, douleurs. Elle est relative dans le cas de hernie

bénigne, mais accompagnée d'un état pathologique concomittant.

L'opération est contre-indiquée dans le cas de hernie bénigne sans complication, dans certains états pathologiques acquis ou diathésiques avancés, dans l'extrême vieillesse et la première enfance.

8° Les résultats définitifs dépendent de l'application plus ou moins parfaite des indications.

Le port d'un bandage, dans les premiers temps, favorise la guérison.

Même dans le cas de récurrence l'opération a apporté un soulagement au malade.

Aussi estimons-nous que la cure radicale des hernies est une opération appelée à rendre de grands services.

Vu :

Nancy, le 13 juin 1890.

Le Président de la Thèse,

WEISS.

Vu :

et permis d'imprimer,

Nancy, le 13 juin 1890.

Le Recteur,

M. MOURIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ANDEREGG (Johannes). — Die Radicaloperation der Hernien, Leipzig, 1886, thèse.
- BAKER. — Brit. med. journ. 1887, p. 1203.
- BALL. — Brit. med. journ. 1887.
- Association méd. Britannique de Dublin, 2-5 août 1887.
- Semaine médicale., 1887, p. 221.
- BANKS. — Brit. med. journ. 1887.
- Assoc. méd. Britannique de Dublin, 2-5 août 1887 (Semaine méd. 1887, p. 320).
- Semaine médicale 1887, p. 221.
- BARETTE. — Soc. médico-pratique (in Union médicale 1887, p. 908).
- BASSINI. — Soc. Italienne de chirurgie tenue à Gênes, 4-7 avril 1887.
- BÖCKEL (Jules). — Revue de chirurgie 1888, p. 253.
- Gazette de Strasbourg 1889, N° 1.
- BONNET. — De la cure radicale des Hernies épigastriques, thèse Paris, 1887.
- BOUILLY. — Gazette méd. Paris, 6 juin 1885.
- BOURSIER. — Dictionnaire encyclopéd. des sciences médicales. Art. Hernies.
- CHATARD. — De la Cure radicale des Hernies, thèse de Paris 1885.
- CZERNY. — Suture profonde du collet du sac dans la Cure radicale des Hernies inguinales (Cent. für chir. 1888, p. 49).
- Etude sur la Cure radicale des Hernies, — Wiener medizinische Wochenschrift 1887.

- DEFONTAINE. — Gazette des Hôp. 1889, p. 1259.
- DELAGENIÈRE. — Procédés modernes de Cure radicale des Hernies, — Gaz. des Hôp. 1888, p. 100.
— Bulletin méd. 1889, p. 1504.
- DISCUSSION sur la Cure radicale des Hernies congénitales par Richelot, Trélat, Terrier, Terrillon, Segond, Luc.-Champ., etc. (in Bulletin, Société de chir. 1887, p. 653, 664, 688, 705, 729, 752.
- FAGE. — Des résultats éloignés de la Cure radicale des Hernies épig. — Thèse de Paris 1888.
- GUENOD (Victor). — Etude du résultat définitif de la Cure radicale des Hernies, Lausanne, Bridel 1886.
- HAHN. — Soc. de médecine de Berlin. Séance du 7 novembre 1883.
- HEYDENREICH. — La valeur de l'opération de la Cure radicale des hernies, (in semaine médicale 1888, p. 269 et 329).
- HOUZEL. — Bull. soc. chir. 1886, p. 945. (Rapport de Perrier).
- JEANNEL. — Revue de chirurgie 1890, p. 33.
- LEBEC. — Union médicale 1887, p. 703.
— Bull. soc. chir. 1887, p. 641. (Rapport de Richelot).
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Bull. soc. chir. 1885, p. 767.
— Revue de chir. 1885, p. 416, 1033.
— De la Cure radicale des hernies, Paris 1887.
— Semaine médicale 1887, p. 325. — Cure radicale de la hernie sans étranglement. Conditions de succès et indications opératoires.
- MACEWEN. — British med. journ. 1887.
— Association méd. Britannique de Dublin, 2-5 août 1887. (Semaine médic. 1887, p. 320).
— Semaine médicale 1887, p. 221.
- NICAISE. — Revue de chirurgie 1886, p. 568. — Cure radicale de la hernie inguinale. — Rapports du sac herniaire avec la tunique fibreuse des bourses.
— Semaine médicale 1886, p. 222.
— Revue de chirurgie 1886, p. 528, 573, 592.

- Revue de chirurgie 1888, p. 922.
- POLAILLON. — Union médicale 1883, p. 367.
- Bull. soc. chir. 1885, p. 281.
- Union médicale 1885, p. 758.
- Revue de chirurgie 1885, p. 517.
- RECLUS. — Gaz. des Hôp. 1887, 15 septembre.
- REVERDIN. — Des opérations modernes de Cure radicale des hernies. (Revue médicale de la Suisse Romande 1881. p. 44 et 171).
- RIESEL. — Deutsh. med Woch. 1887.
- RICHELOT. — Semaine médicale, 1887, p. 419.
- Union médicale, 20 décembre 1887.
- Union médicale, 1889, p. 149.
- ROUTIER. — Revue de chir. 1888, p. 253.
- SCHUDE. — Cent. für chir. 1877.
- SEGOND. — Cure radicale des hernies. Th. d'agrég. 1883.
- SOCIN. — Revue médic. de la Suisse Romande, 1881.
- Revue de chir. 1888, p. 253.
- SONNENBURG. — Soc. de médecine de Berlin. — Séance du 7 novembre 1883.
- STATISTIQUES. — Hôp. Bichat 1884. — In bull. Soc. chir. 1885.
- Hôp. Bichat 1886. — In Union médic. 1887.
- Terrier, Soc. de chir. 1887. — In Sem. médic. 1887.
- Clinique de la charité, 1886-87. — In Sem. médic. 1887.
- Congrès français de chirurgie, mars 1888.
- Hôp. Bichat 1888. — In Bull. soc. chir. 1889.
- Hôp. St-Louis, 1888. — Gaz. des hôp. 1889.
- Clinique de la charité 1888-89. — In Rev. de chir. 1889.
- Hôp. Bichat 1889. — In Bull. Soc. chir. 1890.
- Hôtel-Dieu de Lyon, 1889. — In Revue de chirurgie, 1889.
- Hôp. St-Louis 1887-89. — Soc. de chirurgie, 1889.
- Hôp. de Nancy, 1889-90 (Inédite).
- TACHARD. — Notes de chirurgie pratique. — Paris, 1889, p. 23.
- TERRIER. — Congrès français de chirurgie, 1886. — De la Cure

radicale des hernies épigastriques et ad-ombilicales non étranglées.

TERRILLON. — Leçons de clinique chirurgicale 1887, p. 509. —
Cure radicale des hernies.

THIRIAR. — Revue de chirurgie, 1888, p. 253.

TRÉLAT. — Revue de chirurgie 1888, p. 253.

— Gaz. des Hôp. 1888, n° 104.

— De la cure opératoire des hernies. — Revue de clinique et de
thérapeutique, 12 janvier 1888.

TUFFIER. — Archives gén. de médecine 1887.

VALLAS. — Cure radicale des hernies. — Province médic. 1887,
26 nov.

WALTHER. — Bull. méd. 1889, p. 1425.

WINOCOUFF. — Cure radicale des hernies et hydrocèles con-
génitales. — Th. de Paris, 1888.

ZANCAROL. — Bull. soc. de chir. 1890, p. 147.

ZELLER. — Berliner klinische wochenschrift 1883. S. 785. —
Cité par H. Gilson. De la Cure radicale des hernies congéni-
tales.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I. — Données anatomiques et pathogé- niques.....	5
CHAPITRE II. — Etude critique des procédés opéra- toires modernes.....	11
I. — Opérations superficielles.....	12
II. — Opérations profondes.....	14
CHAPITRE III. — Etude clinique.....	25
Manuel opératoire.....	25
Importance de l'antisepsie.....	49
CHAPITRE IV. — Indications et contre-indications.	51
CHAPITRE V. — Des résultats éloignés.....	73
CONCLUSIONS.....	77
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	79
